Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 12 stycznia 1884. **№ 2.** Rok XXIII.

I. O leczeniu oderwania siatkówki i jego wynikach w klinice okulistycznéj Uniw. Jagiell.

Skreślił prof. Dr. Rydel.

Oderwanie siatkówki należy do najgroźniejszych, a jak dzisiaj wiemy, dość częstych chorób oka, podczas gdy w czasach przedwziernikowych znano je wprawdzie z poszukiwań anatomicznych, ale uważano za zjawisko rzadkie. Statystyka wykazuje, że na 100 chorych na oczy jeden cierpi na oderwanie siatkówki, jak często zaś staje się ono przyczyną zupełnéj utraty wzroku, powziąć to można z dochodzeń odnoszących się do badania przyczyn ślepoty w ogólności:

Oderwanie siatkówki jako przyczynę ślepoty znalazł:

Hirschberg	na 100 ślepych	4 razy, czyli		4%
Katz w regencyi Düsseldorfskiéj	„ 810	„ 24	„	„ 2.96%
Katz w regencyi Poczdamskiéj i Frankfurckiéj	„ 245	„ 8	„	„ 3.26%
Stolte w poliklin. w Gryfii	„ 436	„ 38	„	„ 8.71%
Landesberg w Elberfeld i Barmen	„ 850	„ 38	„	„ 4.47%
Seidelmann w praktyce Cohna w Wrocławiu	„ 1000	„ 46	„	„ 4.60%
Razem	„ 3441	„ 158	„	„ 4.59%

Bremer (z kliniki Völckersa w Kielu) podaje 3·4% oślepłych skutkiem tego cierpienia.

Z liczb powyższych wynika więc, że na 22 oślepłych skutkiem wszystkich innych chorób ocznych przypada jeden, którego oderwanie siatkówki wzroku pozbawiło. Zważyć jednak należy, że liczby te, odnoszące się do ślepych na oba oczy, nie obejmują jeszcze całéj ilości ócz oślepłych skutkiem téj choroby.

Co do przyczyn tego tak groźnego dla wzroku cierpienia oka, to z wyjątkiem rzadkich stosunkowo przypadków pochodzenia urażnego nie jest ono zazwyczaj cierpieniem pierwotném, lecz następstwem ciężkich zmian chorobowych głębszych części oka, mianowicie naczyniówki, siatkówki i ciałka szklanego. Usposabiają zwłaszcza do niego w wysokim stopniu zmiany właściwe oczom krótkowidzącym, doświadczenie kliniczne uczy też, że oderwanie siatkówki napotykamy bez porównania najczęściéj u krótkowidzów wyższego stopnia. Gałęzowski znalazł na 211 przypadków zaledwie 13 razy budowę oka miarową lub nadmiarową, a Horstmann na 145 ócz z siatkówką oderwaną wykazał 125 razy wzrok krótki, tylko 4 razy nadmiarowy a 16 razy miarowy. Wynika z tego, że 90% wszystkich przypadków tego cierpienia napotykamy u krótkowidzów. Dość zgodnie z tém podaje Gradenigo, że 70% wszystkich przypadków dotyczy ócz niedomiarowych.

Dobrowolne przyrośnięcie oderwanéj siatkówki wydarza się tak wyjątkowo, że je do istnych białych kruków zaliczyć można. W całéj mojéj dotychczasowéj, 21-letniéj praktyce, obejmującéj kilkaset przypadków téj choroby raz jeden i jedyny widziałem takie samorodne wyleczenie. Zgadzają się na to wszyscy okuliści, a Mooren (*Fünf Lustren ophthalmologischer Thaetigkeit* 1882), który w 25 latach swojego zawodu spostrzegał z górą 100.000 chorych, między którymi było więcéj niż 1000 przypadków oderwania siatkówki, mówi wyraźnie, że wydarzył mu się tylko jeden przypadek dobrowolnego wyleczenia skutkiem przedarcia oderwanéj siatkówki podczas silnych wymiotów.

W takim stanie rzeczy oko, dotknięte tém cierpieniem a pozostawione samemu sobie, śmiało uważać można za stracone po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu, w którym wzrok wśród częstych wahań to szybciéj to wolniéj ale nieubłaganie coraz to bardziéj upada, nie mówiąc już o niezbyt rzadkich przypadkach oślepnięcia nagłego lub w ciągu dni kilku.

Dawniejsze zabiegi lecznicze polegały na stósowaniu całego zasobu środków przeciwzapalnych, odciągających i

podniecających chłonienie, jak: miejscowe upuszczenia krwi za pomocą pijawek lub przyrządu Heurtloupa, leki czyszczące, wcieranie rtęci, przetwory jodu, ostre kąpiele nożne, pryszczydła i zawłoki. Za pomocą tych środków udawało się tu i owdzie osiągnąć pewien stopień polepszenia a przynajmniéj powstrzymać zbyt szybki upadek wzroku i odwlec ostateczną jego utratę, rzeczywiste wyzdrowienie wydarzało się jednak arcyrzadko, tak, iż wyniki leczenia nie mogły ostatecznie zadowalniać. Pierwszą myśl leczenia chirurgicznego podał Sichel (1859). Radził on mianowicie przekłowanie twardówki w miejscu odpowiadającém oderwaniu i wypuszczanie cieczy podsiatkówkowéj, zrazu tylko jako środek kojący gwałtowne bóle w późnych okresach choroby, w tym samym jednak jeszcze roku wypowiedział on nadzieję, że stósując ten sposób w wczesnych okresach choroby uda się może oderwanie siatkówki leczyć zupełnie i trwale. Sam Sichel nie wykonał atoli operacyi nigdy w ostatnim celu. Uczynili to dopiero Kittel (1860) i Arlt, któremu w kilku świeżych przypadkach udało się osiągnąć zupełne i trwałe przylgnięcie oderwanéj siatkówki. Ten zabieg operacyjny mało rozpowszechniony, popadł jak się zdaje wkrótce w zupełne zapomnienie, zwłaszcza gdy Graefe (1863) dostrzegłszy w kilku przypadkach pomyślny wpływ dobrowolnego rozdarcia oderwanéj siatkówki na dalszy przebieg choroby, zaczął naśladować przyrodę rozcinając oderwaną siatkówkę z przodu ku tylowi za pomocą igiełki wprowadzonéj przez twardówkę, naczyniówkę i ciałko szklane. Graefe sam wykonał tę operacyję więcéj niż 50 razy; w połowie z nich osiągnął on wprawdzie polepszenie ale tylko przemijające, a zaledwie w 4 przypadkach stwierdzić mógł wybitną poprawę, która utrzymywała się jeszcze po upływie roku. Wobec małéj skuteczności dawnego leczenia wyniki te względnie pomyślne zjednały nowemu sposobowi operowania wkrótce szeroki rozgłos i zachęciły do naśladowania. Zaczęto niebawem ogłaszać przypadki mniéj lub więcéj znacznego polepszenia a nawet zupełnego wyleczenia. Jeden taki przypadek operowany przez Arlta, w którym po upływie więcéj niż roku przekonać się mogłem o trwałości doszczętnego wyzdrowienia, ogłosiłem w roku 1866. Secondi (1870) podał do wiadomości przypadek zupełnego wyleczenia, utrzymującego się jeszcze po 5½ latach. Prócz tego Arlt wspomina w swojéj nauce o operacyjach ocznych (1874) o dwóch przypadkach wyleczenia, z których jeden jest zapewne ogłoszony przezemnie. Mimo skrzętnego przejrzenia odnośnéj literatury nie udało mi się napotkać więcéj tak szczęśliwych przypadków, natomiast Hansen (1871) na podstawie 20 z górą przypadków przez się operowanych poddał przekłówanie siatkówki krytyce, która go do bardzo niepomyślnych wyników doprowadziła. Inni ogłosili liczne przypadki, w których operacyja, wykonana nawet w warunkach korzystnych, nie odpowiedziała oczekiwaniom, a co gorsza Hirschmann, Hasner, Arlt i inni spostrzegali przypadki, w których ten zabieg operacyjny dał powód do rozlanego zaćmienia ciałka szklanego z rozległém następnie przeobrażeniem łącznotkankowém, a nawet do zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego z utratą wzroku. Takie doświadczenia sprawiły, że operacyję Graefego wykonywano coraz rzadziéj a w końcu zupełnie zaniechano.

Na tém nie skończyły się jednak usiłowania, skierowane ku wynalezieniu skuteczniejszych sposobów leczenia oderwanéj siatkówki. Nie zamierzając pisać wyczerpującéj historyi tego przedmiotu poprzestanę na pobieżnym zarysie różnych pomysłów leczniczych, jak one się w porządku czasu pojawiły. Wecker (1870) połączył przekłócie twardówki z przecięciem siatkówki. Gałęzowski (1872) zagłobił w jednym przypadku oderwaną część siatkówki w ranę twardówkową *(enclavement)*, w innym wstrzyknął nastój jodowy pomiędzy naczyniówkę i siatkówkę, celem wywołania zapalenia zlepnego a skutkiem tego zrośnięcia się tych dwóch błon oka, w licznych wreszcie przypadkach wykonał irydektomiję, jak twierdzi, ze skutkiem pomyślnym. Adolf Weber okazał Arltowi w roku 1873 narzędzie służące do przekłówania siatkówki, którego od lat kilku używał w stósownych przypadkach. Jest to rodzaj strzykawki Pravaza, któréj kolec składa się z dwóch rurek tak z sobą spojonych że tworzą jednę igiełkę. Jedna rurka jest dłuższą, druga krótszą. Kolec ten wbija się przez twardówkę w miejscu oderwania siatkówki, tak, iż dłuższa rurka przekłówa siatkówkę i wchodzi aż do ciałka szklanego, krótsza sięga tylko do przestworu podsiatkówkowego. Ostatnia przeznaczona jest do odpływu cieczy podsiatkówkowéj, przez dłuższą wstrzykuje się płyn do ciałka szklanego celem wyparcia cieczy pod siatkówką zebranéj. Łasiński, Samelsohn, Arlt (1874) widzieli pomyślne wyniki leczenia, polegającego na leżeniu wznak i ucisku wywieranym za pomocą opaski. Wecker 1876 zakładał rodzaj zawłoki (*anse à filtration*), przeprowadzając pętlę z jednego lub kilku cieniutkich drucików złotych przez twardówkę i naczyniówkę celem utrzymania ciągłego odpływu cieczy podsiatkówkowéj. Alfred Graefe (1877) powrócił znów do przekłówania twardówki według Sichla. Uskutecznia on je za pomocą wązkiego nożyka zaćmowego, którym przekłówa twardówkę w miejscu oderwania bez nadwerężenia jednak siatkówki i ciałka szklanego, a skręcając nożyk koło jego osi rozdziawia rankę i wypuszcza ciecz pod siatkówką nagromadzoną. Mniéj więcéj równocześnie Mc'Keown wyciął w jednym przypadku nożykiem Graefego w miejscu oderwania kawałek twardówki i naczyniówki objętości 2 mm., poczém zeszył rankę spojówkową, skutkiem czego udało mu się osiągnąć znaczne polepszenie. Gałęzowski (1877) leczy oderwanie siatkówki w przypadkach chorób naczyniówki przez aspiracyję płynu podsiatkówkowego za pomocą małéj strzykawki. Secondi (1878) podaje operacyję zwaną hydrodictytomiją, polegającą na poprzecinaniu siatkówki według Graefego i równoczesném przekłóciu twardówki. Kiedy w r. 1875 udało się otrzymać z jaborandy alkaloid pilokarpinem zwany, zaczęto go niebawem jako *pilocarpinum muriaticum* stósować w postaci wstrzykiwań podskórnych w różnych chorobach oka, mianowicie głębszych jego części. Nie wiadomo mi na pewne, kto pierwszy używał go w przypadkach oderwania siatkówki, ale począwszy od roku 1878 leczenie tym środkiem rozpowszechniło się szybko w połączeniu z opaską uciskową i leżeniem wznak. Obok tego nie porzucono jednak i leczenia chirurgicznego, które stósowano już to samo przez się, już też w połączeniu z pilokarpinem i innemi środkami. Nie brakło też i nowych pomysłów operacyjnych. I tak Schöller (1879) poruszył myśl przyszywania oderwanéj siatkówki za pomocą katgutu, a jakkolwiek nie wykonał jéj u człowieka, robił przecież w téj mierze doświadczenia na zwierzętach, które jak sądzi uprawniają go do zastósowania tego zabiegu operacyjnego dla próby u człowieka w przypadku, w którym nie będzie już nic do stracenia. Abadie (1881) uciekł się do nakłówania galwanicznego celem wzniecenia ograniczonego zapalenia zlepnego. Tym sposobem udało mu się w dwóch na sześć przypadków osiągnąć skutek pomyślny i trwały. Wec-

ker i Masselon upomnieli się o pierwszeństwo tego pomysłu przyznając zresztą, że wyniki tego sposobu leczenia były bardzo różne. (C. d. n.)

II. Przyczynek do kazuistyki uszkodzeń wątroby.

Podał Dr. **Bronisław Longchamps** (syn) we Lwowie.

Urazy wątroby, szczególnie rany kłóte i cięte, należą niezaprzeczenie do najrzadziéj spostrzeganych i opisywanych uszkodzeń. Podług zestawienia L. Mayera (*Die Wunden der Leber und Gallenblase*. München. 1872) ogólna liczba przypadków, które w literaturze chirurgicznéj od Hipokratesa począwszy aż do naszych czasów kiedy niekiedy się pojawiały, nie wynosi wiele więcéj nad 270; jestto cyfra nadzwyczaj niska na tak długi okres czasu w obec umiejscowienia tego narządu dla wszystkich urazów tak łatwo przystępnego. Jeszcze bardziéj zadziwić nas musi ta niska cyfra, jeżeli ją porównamy z wykazaną ilością uszkodzeń serca, która podług Fischera w tym samym okresie czasu wynosi około 450 przypadków. Pominąwszy, że przy zestawieniu dat statystycznych niejeden przypadek w literaturze bywa przeoczony, wchodzi tu szczególnie w rachubę ta okoliczność, że wiele przypadków uszkodzeń wątroby z powodu natychmiastowéj śmierci przez ujście krwi lub wstrząs nie nadaje się do spostrzeżeń naukowych; inne znowu przedstawiają objawy tak nieznaczne, że rozpoznanie urazu wątroby zdaje się wątpliwém albo wcale niemożebném.

W obec tego widocznego niedostatku w kazuistyce téj drobnéj gałązki naszéj wiedzy chirurgicznéj uważam sobie poniekąd za obowiązek opisać przypadek urazu wątroby, który z końcem roku 1882, zastępując prymaryjusza oddziału chirurgicznego w tutejszym szpitalu, miałem sposobność spostrzegać.

Jędrzéj Doimka, parobek 23 lat liczący, otrzymał wśród bójki szynkownéj w nocy z 20 na 21 listopada dwa pchnięcia nożem kończastym w okolicę prawego podżebrza. Silny krwotok, który powstał, starano się na miejscu wstrzymać za pomocą ucisku szmatami, poczém uszkodzony przebywszy półtoramilową przestrzeń pieszo przybył dnia 21 listopada 1882 o godzinie 8éj rano do naszego oddziału. Pół godziny później oglądałem go i znalazłem stan następujący: Chory silnéj budowy ciała, leży blady, niespokojny, chwilami pokaszluje, przyczém ma oddech znacznie przyspieszony, ciepłota 35·5, tętno 140 na minutę. Shock. Na twarzy nie ma ani śladu żółtego zabarwienia. W prawém podżebrzu, mianowicie 6cm. na prawo od linii środkowéj a 2cm. poniżéj łuku żebrowego, znajduje się rana 2cm. długa ukośna, z któréj po usunięciu ucisku wypływa dość silnym prądem krew ciemna żylna; 6cm. poniżéj niéj przedstawia się druga rana około 2½cm. długa a w niéj uwięźnięty kawałek sieci brzusznéj wielkości jaja gęsiego, brzegi ran równe. O ile z powierzchownego obejrzenia wnosić było można, kierunek przewodu rany górnéj był ukośny, mianowicie od lewéj ku prawéj stronie z dołu i zewnątrz do góry i wewnątrz. Ze względów zasadniczych zaniechałem badania rany zgłębnikiem lub palcem. Bliższe oględziny wykazały w okolicy rany górnéj prócz bolesności nieprawidłowe stłumienie wypuku, które się rozciągało na przestrzeń 10cm. około rany.

Po staranném oczyszczeniu ran i całego brzucha mydłem i 5% roztworem karbolu włożyłem w górną ranę dren średniéj grubości a bokami wypełniłem gazą jodoformową; równie i dolną ranę wraz z wypadniętym kawałkiem sieci, który u chwyciłem w klamrę Spencer-Welsa, zostawiając go własnemu oddzieleniu się opatrzyłem jodoformem; poczém na cały brzuch nałożyłem typową oprawę Listera, nadając jéj mierny ucisk za pomocą opaski elastycznéj. Nadto zaleciłem wewnętrznie 0·03 *Extr. opii aq.* trzy razy dziennie.

Tego samego wieczora ciepłota 37, tętno 120, oddech ciągle przyspieszony, chory uskarża się na gwałtowny ból w prawém podżebrzu.

22/11, t. j. na drugi dzień, opatrunek nieprzesiąknięty, ciepłota 37, tętno 120, na twarzy widoczne ślady żółtaczki, zresztą stan ten sam jak wczoraj. Wieczorem ciepłota podniosła się do 38, tętno 104, jednorazowe wymioty żółciowe.

23/11 chory skarży się na coraz gwałtowniejszy ból w okolicy wątroby, żółtaczka występuje coraz wyraźniéj, ciepłota 37·5, tętno 90; oprawa przesiąknięta; I zmiana: dużo krwawéj przesączyny, rany bez najmniejszego odczynu zapalnego; z rany górnéj za pociśnięciem wypływa ciągle jeszcze ciecz krwawa ciemna; nieprawidłowe stłumienie wypuku w okolicy téj rany ustępuje, za dotknięciem tamże bolesność nieznaczna. Zaznaczyć tu wypada, że miejsce najdotkliwsze znajduje się kilka cm. na zewnątrz od rany górnéj. Po należytém oczyszczeniu opatrunek taki sam jak pierwszy.

Przez następne dwa dni żółtaczka na całém ciele coraz wybitniejsza; ciepłota waha się między 38 a 38·5, tętno między 90 a 120, dwukrotne wymioty, język chwilami wysychający, oddech nieco regularniejszy, chory uskarża się ciągle na ból w jedném i tém samém miejscu. 26/11 z powodu przesączyny i podwyższenia ciepłoty porannéj zmiana opatrunku. Rany pokrywają się ziarniną, dren z rany górnéj usunięto; wypadnięty kawałek siatki trzyma się jeszcze na szypułce. W sąsiedztwie ran, nawet przy znacznym ucisku, nie ma żadnéj bolesności; stłumienie nieprawidłowe w okolicy górnéj rany znika widocznie. Za to w miejscu, w którém chory najdotkliwszy ból uczuwa, przy staranném macaniu powierzchnią dłoniową wszystkich palców czuć można twardość niezwykłą w głębi, ponad którą powłoki brzucha łatwo przesuwać się dają; manipulacyja ta dla chorego jest nader bolesną. Między tém stwardnieniem, które robiło wrażenie guza, a nieprawidłowém stłumieniem wypuku w okolicy górnéj rany, nie było łączności. Zresztą w miarę przesączyny, stłumienie to widocznie ustępowało. Rozpoznałem ognisko zapalne pod powłokami brzucha zostawiając nierozstrzygniętém, czy ono należało do wątroby saméj, czy też pochodziło z ograniczonego zapalenia otrzewny (*perihepatitis circumscripta*). Ponieważ objawów groźnych nie było, któreby do natychmiastowego energicznego postępowania zniewalały, a pragnąłem ażeby odgraniczenie tego ogniska od jamy brzusznéj było tém pewniejsze, wstrzymałem się od jakiegokolwiek rękoczynu zostawiając go sobie na późniéj. Stan chorego utrzymywał się mniej lub więcéj w jednakowym stopniu aż do: 30/11. Z powodu podwyższenia ciepłoty poprzedniego wieczora do 39·5, zmieniłem oprawę; wejrzenie obydwu ran korzystne, wypadnięta sieć wraz z klamrą oddzieliła się. W miejscu, gdzie się znajduje wspomniana twardość, wyczuwa się już całkiem wyraźnie pod powłokami brzucha guz twardy, w środku nieco podatniejszy i niewyraźnie chełboczący. Natychmiast przystąpiłem do otwarcia tego niewątpliwie ropnego ogniska. Postępując ściśle antyseptycznie przeciąłem powłoki ponad guzem warstwowo i dostałem się w ten sposób do głębokiego gniazda ropnego, z którego wypłynęło około 80 gramów czystéj ropy. Okoliczność, że przy mier-

néj grubości ścian brzucha całą długością palca wskazującego mogłem wejść do wnętrza jamy, świadczy o głębokości siedziby ropnia. Po należytém przepłukaniu włożyłem do jamy dren grubości palca i nałożyłem opatrunek jodoformowy. Już tego samego wieczora spadła ciepłota do 37·8, tętno spokojne, bolesność znacznie mniejsza, w ogóle chory czuje ulgę.

Odtąd z każdym dniem polepszenie widoczne, żółtaczka znika, ciepłota nie przekracza 37°, sen i apetyt powróciły. Gojenie ropnia przewlekało się. Dopiero 20 grudnia, a zatém trzy tygodnie po przecięciu ropnia, można było usunąć dren; zupełne wygojenie nastąpiło w pierwszych dniach stycznia 1883, podczas gdy pierwotne rany już dawno się zabliźniły.

Chory opuścił szpital z trzema bliznami, z których dwie tuż poniżéj łuku żebrowego ku wewnątrz wciągnięte i prawie nieporuszalne, a trzecia w miejscu uwięźnięcia sieci łatwo przesuwać się dająca.

Wszystkie cechy tego uszkodzenia, mianowicie umiejscowienie, obfity krwotok żylny, stan ogólny chorego jakotéż uwzględnienie narzędzia, którém rana zadaną została, wzbudziły od razu podejrzenie, że rana górna drążyła do saméj wątroby, a jakkolwiek obecność rany drugiéj i wypadnięcie sieci brzusznéj wikłały poniekąd cały obraz uszkodzenia i jego objawów, to na podstawie własnego doświadczenia owych wybitnych symptomów wstrząsu samemu wypadnięciu sieci brzusznéj przypisać nie mogę. Dalszy przebieg chorobowy, jakoto: stłumienie nieprawidłowe w prawém podżebrzu, które naturalnie było wynikiem wybroczyny krwawéj pod powłokami brzucha, dotkliwy ból w okolicy wątroby, żółtaczka, ów głęboki ropień i pozostałe blizny wciągnięte i nieprzesuwalne, przekonały mnie, że moje pierwotne rozpoznanie było uzasadnione. Wnosząc z objawów i korzystnego przebiegu, przypuszczam, że tylko ostra krawędź powierzchni wypukłéj była uszkodzoną. Czy uraz ten dotyczył samego miąższu wątroby, czy téż tylko jéj powłoki surowiczéj, zostaje nierozstrzygniętém, równie jak i ta okoliczność, czy ropień ów był wynikiem urazowego zapalenia saméj wątroby czy téż ograniczonego zapalenia jéj powłoki.

Korzystny przebieg i zakończenie zawdzięczyć należy w wielkiéj części postępowaniu ściśle przeciwgnilnemu; że zaś pomimo tego przyszło do ropnego zapalenia, łatwo pojąć uwzględniwszy nieczyste narzędzie i doraźny opatrunek ze szmat, jaki w szynkowni był pod ręką.

Taki był przebieg uszkodzenia, który starałem się podać łaskawym czytelnikom ściśle przedmiotowo; na zakończenie jednak niech mi wolno będzie rzucić krótki pogląd na przebieg rokowania i leczenia urazów wątroby.

Ropnie wątroby jako odczyn zapalny po urazie są dość rzadkiemi zjawiskami (Nussbaum, Fischer, Mayer); dotychczas wykazano zaledwie kilkanaście przypadków ropni urazowych wątroby, z których zaledwie 6 zakończyło się pomyślnie. Otworzenie dobrowolne następowało zazwyczaj do jamy opłucnéj, jelit lub otrzewny, a tylko 3 razy przez powłoki na zewnątrz.

Przez długi czas przypisywano urazom wątroby bezpodstawną doniosłość; starożytni poczytując ten narząd jako *domicilium vitae* uważali choćby najlżéjsze jego uszkodzenie za bezwzględnie śmiertelne. Mniemanie to trwało niemal do 18go stulecia. Dopiero późniejsi autorowie jak Ravaton, Theden, Hennen i Dupuytren przypuszczali możebność zagojenia ran wątroby, powikłanie jednak z uszkodzeniem torebki żółciowéj uważali za konieczne śmiertelne. Liczne doświadczenia Holma, Josepha, Hüttenbrechera, Laviergea i Tillmansa wykazały możebność wygojenia, Emmert zaś Höring i inni dowiedli równie na podstawie doświadczeń, że i wylanie żółci do jamy otrzewny nie zawsze sprowadza zabójcze zapalenie otrzewny, co téż przypadki podane przez Paroissa, Stromeyera, Thompsona, Guthriego potwierdzają.

Śmierć następuje jużto natychmiast po uszkodzeniu w skutek ostréj niedokrewności albo wstrząsu, jużtéż w późniejszym okresie w skutek zapalenia otrzewny, ropnia wątroby, ropnicy, zapalenia płuc, opłucny lub osierdzia. Śmiertelność po zranieniach wątroby, mianowicie ran kłóto-ciętych, obliczył Mayer na niespełna 50%, gdyż na 51 przypadków było około 25 zejść śmiertelnych, należy jednak podnieść tę okoliczność, że wszystkie pochodzą z ery przedantyseptycznéj. Bezwzględnie śmiertelne są rany powikłane z uszkodzeniem większych naczyń lub przewodów, wątrobowego i żółciowego wspólnego; rany cięte są niebezpieczniejsze od postrzałowych.

W miarę, jak dawniejszy sposób leczenia za pomocą eków i rozmaitych środków przeciwzapalnych ustępował miejsca racyjonalnemu postępowaniu przeciwgnilnemu i mechanicznemu, widzimy coraz więcéj przypadków z pomyślnym przebiegiem. Sposób leczenia tych ran polega jedynie na ścisłéj antyseptyce i uwzględnianiu warunków mechanicznych. O ile zaś sam ustrój wątroby na uszkodzenia jest odporny, dowodzi przypadek, który Nussbaum w dziele: *Die Verletzungen des Unterleibes. Deutsche Chirurgie* 44 przytacza: Dziewczyna $1\frac{1}{2}$ roku mająca bawiąc się wpadła na ostrze brzytwy; przez ranę kilkanaście cm. długą wypadły sieć brzuszna, żołądek, część jelit i wątroba, a nadto w téj ostatniéj była rana 4cm. długa. Po odprowadzeniu tych części ranę zeszyto; podczas wymiotów jednak szwy rozeszły się i wątroba wypadła; po raz drugi zeszyto i znów podczas wymiotów szwy puściły, wątroba jednak przyrosła późniéj do skóry tak korzystnie, że w ośm tygodni wszystko było zgojone.

III. Nowotwór zatykający światło tchawicy, wypalony przez ranę tracheotomijną; wyzdrowienie.

(Według wykładu mianego w Tow. lek. krak.)

Podał **Dr. Pieniążek**,
Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 1).

Zabrałem się do wypalania, jak tylko chora po odrze przyszła do siebie. Nie umiem dokładnie podać, w ilu posiedzeniach udało mi się zupełny skutek osiągnąć, w każdym razie było ich kilkanaście. Krwawienie było po każdém wypalaniu niewielkie, bóle, jak długo w obrębie samego guza manipulowałem, n. p. wbiwszy weń galwanokauter, nieznaczne, na granicy jednak prawidłowéj błony śluzowéj dość znaczne. Posiedzenia powtarzałem mniéj lub więcéj co tydzień, czasem z powodu silniejszéj reakcyi dłużéj czekać musiałem. Do wypalania używałem tegoż samego narzędzia, którego zwykle używam do wypalania resztek polipów itp. w nosie, tylko w miarę, jak zniszczywszy dolne części guza ku górze się posuwałem, musiałem i narzędzie coraz bardziéj w kształcie S wyginać, szczególniéj zaś koniec jego zaginać ku górze. Rozpocząłem wypalanie od nasady guza u spodu, potém wbi-

łem weń kilkakrotnie galwanokauter mniéj więcéj w środku, a po kilku wypaleniach zacząłem go przypiekać od przodu ku tyłowi. Przy ostatnim zabiegu ucierpiała trochę przednia ściana krtani, na któréj powstały obrzęki ku bocznym ścianom idące, pomiędzy które wolna przestrzeń przed guzem utworzona kątowato wchodziła. Po kilku przypaleniach dalszych chora przez tę przestrzeń wygodnie oddychać mogła, tak że godzinami kaniulę korkiem zatkaną nosiła. Niedługo z guza część tylko pozostała w górze, niezajmująca już ani połowy światła krtani, a wtedy chora całemi dniami, a nawet i w nocy, nosiła kaniulę zatkaną korkiem, który tylko dzień lub dwa po świeżém wypaleniu na noc musiała wyjmować. Przy każdém jednak wypalaniu następném zadanie było coraz trudniejsze, gdyż do reszty guza coraz dalsza była droga, instrument więc coraz więcéj w górę musiał być odgięty, a wchodził coraz trudniéj z powodu, że i kanał do tchawicy wiodący dość był długi (skutkiem dość nisko zrobionéj tracheotomii) a ztąd przeprowadzenie zakrzywionego narzędzia coraz trudniejsze. Przytém dotąd operowałem na ślepo, t. j. dokładnie obejrzawszy guz z góry i z dołu wprowadzałem instrument w kierunku i do głębokości, którą sobie na oko oznaczyłem, po każdém przypaleniu kontrolowałem, czy dobrze trafiłem, małych wreszcie uchybień nie obawiałem się, gdyż do więzadeł było dość jeszcze daleko, a mała blizna na ścianach krtani złego wpływu mieć nie mogła. Im mniejszą jednak była resztka guza i im wyżéj do niéj sięgnąć było trzeba, tém trudniéj było właściwy kierunek utrafić. Jakoż wkrótce spostrzegłem, że zaczynam się w tylną ścianę po za guz wkopywać, na czas to jednak spostrzegłszy potrafiłem chybiania kierunku nadal uniknąć. Wreszcie mogłem już dokładnie z dołu całe więzadła oglądać a małe tylko wzniesienie na tylnéj ścianie stanowiło resztę guza. Teraz najtrudniejsze przyszło dla mnie zadanie; zrazu nie mogłem tych resztek dosięgnąć, gdyż instrumentu z odpowiedniém zagięciem przez ranę tracheotomijną przeprowadzić nie mogłem, utykając ciągle z powodu jéj długości o tylną ścianę krtani. W końcu jednak znalazłem wygięcie, które przy odpowiedniéj pozycyi głowy i szyi pozwalało dosięgnąć guza. Drugą trudność stanowiło trafianie na oślep na sam guz i dokładne wypalenie go. Przy ostrożném postępowaniu i ciągłéj kontroli rezultatów wypalania udało mi się i to, tak że nakoniec tylko małe resztki z guza pozostały, lubo sąsiedztwo jego téż trochę ucierpiało. Gdyby nie obawa recydywy, śmiało mógłbym był już wyjąć kaniulę, lecz tak należało i te resztki wypalić, choć z powodu ich małości trudno było na nie trafić. Bałem się przytém, żeby nie trafić na więzadła lub téż na stawy obrączkonalewkowe; póki nowotwór stanowił guz lub wał mogący stawić tamę instrumentowi od góry, obawy téj nie miałem, lecz teraz był on do tego za mały. Operowanie przy lusterku od dołu było niemożebném, gdyż przy tak małém lusterku, jak tu użytém być może, galwanokauter już mógł być zbyt gruby i zasłaniać je tak, że ruchów jego końca śledzić nie było podobna. Przytém dawniéj operowałem włożywszy w ranę tracheotomijną lejek, którego otwór końcowy odpowiadał szerokości kaniuli, a który nie pozwalał ściągnięcia się kanału do tchawicy wiodącego. W miarę jak musiałem użyć narzędzia więcéj zakrzywionego i wyżéj ku górze je wsuwać, musiałem zaprzestać używania lejka, przez co kanał zwężał się w czasie operacyi, co naturalnie i użycie lusterka, zwłaszcza stalowego, które silniéj ogrzać trzeba było, tylko utrudnić mogło. W obec tych trudności myślałem już o zrobieniu otworu małego powyżéj rany tracheotomijnéj, przez który mógłbym wsunąć cienki galwanokauter, a obserwując koniec jego w lusterku z góry lub z dołu mógłbym pod jego kontrolą wypalić. W tym celu nawet dałem zrobić galwanokauter o ile można najcieńszy, aby tylko wąską szparę w krtani wykonać, któraby *per primam* zagoić się mogła. Zanim się jednak do tego zabrałem, postanowiłem spróbować, czyby mi się nie udało użyć tak cienkiego galwanokauteru z dołu przez ranę pod kontrolą lusterka. Dodam tu jeszcze, że próbowałem pierwéj jeszcze kontrolować ruchy galwanokauteru z dołu wprowadzonego, za pomocą zwykłego laryngoskopu, tj. z góry, to się jednak nie udało z powodu, iż chora pod wpływem najmniejszego zadrażnienia zbliżała więzadła do siebie i tém cały obraz w głębi zasłaniała. Musiałem więc próbować kontroli lusterkiem w tchawicy umieszczoném. Jakoż rzeczywiście udało mi się i lusterko tak długo utrzymać w powietrzu w tchawicy, i instrument przesuwać ku górze bez dotknięcia jéj ścian, aż jego koniec ujrzałem przy resztkach guza. Wtedy przycisnąłem go śmiało ku nim i przesunąłem nieco ku bokom, a chociaż skutkiem poruszenia choréj obraz zaraz straciłem, czułem jednak, że koniec galwanokauteru z miejsca pierwotnego nie zeszedł. To powtórzywszy razy kilka wyniszczyłem resztki guza. Wprawdzie części sąsiednie nieco przy tém ucierpiały, po stronie prawéj strup podchodził może na $^1/_2$ cm. pod brzeg więzadła, tak że obrzmienie potém w tyle do samego brzegu tegoż sięgało, zkąd powstała kilkodniowa chrypka, ale nowotwór doszczętnie został zniszczony. Dokonałem tego przed Wielkanocą 1883. Po ustąpieniu obrzmienia spostrzegłem małą wyniosłość łukowato na tylnéj ścianie się rozciągającą, ale jedynie od dołu, z góry znać jéj wcale nie było, tylna ściana przedstawiała się gładką, przytém i z dołu nie zasłaniała ta wyniosłość dalszych części tylnéj ściany, osądziłem więc, że jestto właściwie nie wyniosłość na tylnéj ścianie, ale wynik optyczny zagłębienia, jakie skutkiem zbytniego wtłaczania galwanokauteru ku tyłowi powstać musiało. Wyniosłość ta odpowiadała górnéj części guza i dolnemu brzegowi tylnéj płyty chrząstki obrączkowéj, ku któréj bałem się tak wtłaczać galwanokauter, jak poniżéj w częściach miękkich. Nie mogłem jednak mieć pewności, czy tu niema resztek nowotworu, któreby do recydywy powód dać mogły. Postanowiłem więc czekać, czy się ten wał pozorny nie zwiększy, aby go wtedy dokładnie wypalić. Dla tego nie wyjąłem choréj kaniuli, ale zostawiłem ją z nią kilka miesięcy, przez które kaniula ciągle korkiem była zatkaną. Chora w tym stanie pojechała na wieś i powróciła obecnie dopiero. Teraz badając ją razem z kol. Pareńskim, który ją już raz przed zaczęciem operacyi, tj. podczas odry, badał, przekonałem się, że wał wspomniany stał się jeszcze mniejszym, słabo oznaczonym i bledszym, co mnie upewniło, że mój domysł co do natury jego był słusznym. Postanowiłem przeto wyjąć kaniulę, co w krótkim czasie uczyniłem, poprzednio jednak wyniszczyć musiałem granulacyje wybujałe powyżéj rany tracheotomijną. Tu bowiem skutkiem ciągłéj irytacyi przez galwanokauter, który się nad raną opierał a cały był rozgrzany, przyszło do bujania granulacyj od brzegu rany ku wnętrzu, choć w małym stopniu, te więc dla bezpieczeństwa chorej wprzód zniszczyć postanowiłem, poczém wyjęciu kaniuli nic już na przeszkodzie stać nie było powinno.

Przedstawiłem niniejszém nie tylko przypadek niezwykły, który bez laryngoskopijnego badania zupełnie byłby ciemny, ale zarazem metodę niezwykłą operowania, któréj, o ile mi wiadomo, w podobnym celu i w podobnych warunkach dotąd nikt nie używał, a która, lubo powoli, doprowadziła do

radykalnego usunięcia nowotworu bez niebezpieczeństwa, i z niewielkim bólem.

W parę tygodni po odbyciu powyższego wykładu rzeczywiście wyjąłem kaniulę i zagoiłem ranę tracheotomijną wyniszczywszy wspomniane powyżej granulacyje za pomocą galwanokauteru i szczypczyków ostrych w pierwszéj połowie lipca, poczém chora wyjechała do domu. Widziałem ją następnie w końcu sierpnia a późniéj w październiku i zbadawszy nie znalazłem ani śladu nowotworu, ani téż jakiéjkolwiek wyniosłości w miejscu odpowiadającém dawnéj ranie. Mogłem tam tylko spostrzedz ograniczone jakby nakarbowanie błony śluzowéj, odpowiadające otoczeniu wciągnięcia, które przy zabliźnieniu nastąpić musiało. Pacyjentka czuje się zupełnie zdrową, tak oddech jéj jak i głos jest najzupełniéj prawidłowy.

IV. O wpływie dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy.

Rzecz czytana na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1881.

Przez Dra **Tadeusza Żulińskiego** we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

III. Dym tytoniowy.

Mając w pamięci skład chemiczny liści tytoniowych surowych, jakoteż zmiany zachodzące przy fabrykacyi tytoniu, równie jako poprawy i fałszowania, łatwo pojąć możemy, że dym tytoniowy co do swych własności fizycznych i chemicznych, a tém samém i fizyjologicznych, musi się bardzo rozmaicie zachowywać, trudności zaś w badaniu, o ile można dokładném, są tu nader wielkie.

Z dotychczasowych badań chemicznych przekonano się, że w dymie tytoniowym znajdują się następujące ciała: nikotyn, nikocyjaniu, kw. węglowy, tlenek węgla, siarkowodór, kw. pruski, kw. octowy, kw. mrówkowy, kw. waleryjanowy, kw. masłowy, węglan, octan i chlorek amonowy, oraz ciała z szeregu pyrydynowego jak: kalidyna, pyrydyna, pikolina, lutydyna i t. d.

Prócz tego znajdowano tu węglowodory, azot, sinek amonowy, olejek przypalony, ciało przyswędkowe, anilinę, parafinę, gaz błotny, kw. karbolowy, kreozot, i różne ciała nieoznaczone stałe, lotne i aromatyczne, w eterze i w alkoholu rozpuszczalne i nierozpuszczalne.

Ilość tych ciał bywała bardzo rozmaita, co pojąć łatwo. Wedle Malapertego w 200 gramach tytoniu po wypaleniu pozostało 32 gram. popiołu, a 164 grm. dymu, w którym znajdowało się 9% nikotynu, gdy Melsens w 16 gram. wypalonego tytoniu znalazł tylko 0·1 nikotynu.

Dla wykrycia nikotynu i innych składników głównych dymu tytoniowego, jakoteż dla nagromadzenia dymu tytoniowego pozbawionego tych lub owych części, do doświadczeń na zwierzętach, urządziliśmy osobny przyrząd w następujący sposób.

W naczyniu glinianém, zwykłéj doniczce od kwiatów, umocowaliśmy w otworze dna rurkę szklaną zagiętą, któréj drugi koniec łączył się z całym szeregiem połączonych a obok siebie ustawionych flaszek Wulfa (3—5). Ostatnia flasza Wulfa była znów połączoną zapomocą rurki z dużym gazometrem blaszanym napełnionym wodą.

Do doniczki glinianéj, nałożywszy tytoniu jak do fajki, zapalaliśmy go w chwili, gdy przez otworzony kurek dolny gazometru woda powoli z niego wypływała.

Tym sposobem urządzaliśmy naturalne palenie się tytoniu, gdyż gazometr, z którego woda wypływała, ssał i wciągał w siebie dym palącego się tytoniu, który jednakże pierwéj przechodził przez szereg flaszek Wulfa.

Nie wdając się szczegółowo w czysto-chemiczny rozbiór dymu tytoniowego, wspomnimy tu jednak o pochwytywaniu i oddzielaniu główniejszych jego składników o tyle, o ile to nam przy opisie późniejszych doświadczeń ułatwić może jaśniejsze przedstawienie wpływu i działania fizyjologicznego dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy.

Otóż kiedy cały przyrząd był już gotowy, naczynie gliniane napełnione tytoniem, gazometr zaś wodą, wtedy otwierając kurek dolny gazometru, i wypuszczając zeń wodę, przykładaliśmy do tytoniu, jak do fajki, zapalony papier. Tytoń palić się począł a kłęby dymu przechodziły do flasz Wulfa i do gazometru.

Gdy podtrzymano w ten sposób palenie przez parę godzin, dym w flaszach tych zgęszczał się, chłodził i tworzył płyn dość gęsty, ciemno kasztanowatego koloru, mocno przenikliwéj woni, podobny zupełnie do powszechnie znanego soku wylewanego z fajek.

Ze 100 grm. wypalonego w ten sposób tytoniu po kilka razy, otrzymywaliśmy 17—19 grm. popiołu, reszta więc przemieniała się w dym i parę wodną zgęszczoną we flaszach i w gazy, które się zbierały w gazometrze.

W innych doświadczeniach oprócz pierwszéj flaszy pustéj, drugą napełnialiśmy w części wodą czystą, a trzecią wodą zakwaszoną kwasem siarkowym.

We wszystkich tych płynach, a najwięcéj we flaszy próżnéj, gdzie się dym sam skraplał, badania chemiczne wykazały oprócz innych składników zawsze obecność nikotynu.

Płyny tak otrzymane, a mianowicie płyn zgęszczony sam, i wodę czystą, destylowaną, nasyconą dymem, zachowaliśmy do następnych badań i doświadczeń fizyjologicznych.

Oprócz jednak zgęszczonego tego dymu, t. j. płynu, drugą tu częścią nader ważną palącego się tytoniu są gazy zbierające się w gazometrze. I tę więc poddaliśmy chemicznemu badaniu.

Gaz ten jednak, pozostający po zgęszczeniu dymu we flaszach Wulfa, nie jest to już czysty dym tytoniowy, ale tylko jego część, t. j. gaz zawierający jedynie te składniki, których skraplający się dym zatrzymać nie zdołał.

Używając do doświadczeń fizyjologicznych dymu tytoniowego w całości, jakoteż pozbawionego stopniowo składników pojedynczo, lub po kilka na raz, posługiwaliśmy się następującemi sposobami.

Nikotyn zatrzymywaliśmy przepuszczając dym przez wodę silnie zakwaszoną kw. siarkowym, znajdującą się we flaszy Wulfa.

Amoniak i węglan amonowy znajdujący się zwykle w dymie tytoniowym, zatrzymuje także bardzo dobrze kw. siarkowy w wodzie, przez którą dym przeprowadzamy.

Kwas węglowy, który w dymie tytoniowym znajduje się zawsze w znacznéj ilości, zatrzymuje dokładnie roztwór potażu gryzącego. Wedle dokładnych badań Krausego na 100 objętości dymu bywa 9·2 do 13·6 kw. węglowego.

Ilość ta jednak bywa różna, stósownie do tego, czy dym pochodzi z cygar, czy téż z fajki mocno, lub słabo tytoniem nałożonéj. Zależy to bowiem od łatwiejszego lub trudniejszego przystępu doń powietrza, czyli większego lub mniejszego utlenienia się przy paleniu.

Niedokwas węgla znajduje się zawsze w dymie

tytoniowym w ilości nie mniejszéj od ilości kw. węglowego.

Według doświadczeń i obliczeń Krausego (*Dingl. Journ.*) wypada, że w 100 objętościach dymu tytoniowego bywa 5·2 do 13·8 niedokwasu węgla, a według Dr. G. Le Bona w dymie z 10 grm. wypalonego tytoniu 700 do 800 sz. cm.

Ta rozmaitość w ilości niedokwasu węgla zależy równie jak i w ilości kwasu węglowego nietylko od gatunku samego tytoniu, ale i od tego także, czy się pali tytoń w cygarze czy też w fajce, lekko czy mocno nałożonéj.

Według Krausego fajka lekko nałożona na 100 objętości dymu dawała 5·2; mocno nałożona 9·2; średnio nałożona 9·3, podczas gdy palone cygara dawały 8·4 do 13·8 objętości niedokwasu węgla.

Obecność niedokwasu węgla w powietrzu wykrywa chlorek paladu. Jestto odczynnik dość czuły, pamiętać jednak należy, aby w powietrzu takiém nie znajdował się ani amoniak, ani kw. siarkowodowy, ani węglowodory, bo istoty te zachowując się podobnie w obec tego odczynnika mogłyby bardzo łatwo w błąd wprowadzić. Jeżelibyśmy jednak chcieli koniecznie używać tego odczynnika, należałoby wprzód ciała te pousuwać z badanego gazu, przepuszczając go np. przez kwas siarkowy, dla pochwycenia amoniaku, przez rozczyn octanu ołowiu dla pochwycenia kw. siarkowodowego. i t. p.

Ponieważ jednak w dymie tytoniowym, jakeśmy się przekonali, bywa także kw. siarkowodowy, amoniak i różne węglowodory, przeto dla zatrzymania, t. j. oddzielenia z badanego dymu niedokwasu węgla, używaliśmy chlorku miedziawego (Cu_2 Cl_2) rozpuszczonego w kw. solnym, który posiada wybitną własność pochłaniania niedokwasu węgla.

Kwas pruski znajduje się zawsze w dymie tytoniowym, jakkolwiek w bardzo niewielkiéj ilości, bo zaledwie 3 do 8 miligramów w dymie tytoniowym powstałym ze spalenia 400 grm. tytoniu.

O obecności jego przekonać się można najłatwiéj w ten sposób, że dym tytoniowy przepuszcza się naprzód przez kw. siarkowy, który pochłania nikotyn i amoniak oraz inne zasady, które tu mogły być połączone z kwasem pruskim. Tym sposobem uwolniony ze związku kw. pruski, zbiera się w retortę, miesza z siarczkiem amonu, który kwas ten zamienia na siarkosinek amonu, dający z półtorachlorkiem żelaza, znane charakterystyczne czerwone zabarwienie, najwybitniéj stwierdzające jego obecność.

Za pomocą osadzania kw. pruskiego, w ten sposób wydzielanego przez azotan srebrowy, można ilość jego dokładnie oznaczyć.

Ciała aromatyczne. Jeżeli dym tytoniowy pozbawimy nikotynu, amoniaku, kw. siarkowodowego i kwasu pruskiego, w sposób wyżéj opisany, gaz dostający się do gazometru mimo to posiada jeszcze woń właściwą, bardzo silną. Dowodzi to, że woń dymu tytoniowego nie od nich głównie zależy.

W ostatnich czasach robiono (szczególnie Dr. G. Le Bon) poszukiwania bardzo długie i nader kosztowne nad poznaniem przyrody ciał aromatycznych tytoniu.

Destylując wielkie ilości tytoniu w osobnym przyrządzie udało się Dr. Le Bon otrzymać dwa ciała aromatyczne. Jedno, które otrzymuje się zaraz z początku destylacyi, a drugie w jéj końcu. Oba te ciała są oleistemi płynami. Pierwsze słabo bardzo rozpuszczalne w wodzie, ma zapach przyjemny i nadzwyczaj mocny, a drugie zupełnie nierozpuszczalne w wodzie przypomina woń tytoniu. Otóż ponieważ tego pierwszego ciała o woni przyjemnéj udało się otrzymać z tytoniu większą ilość, okazało się przy dokładnym rozbiorze chemicznym, że jestto kolidyna.

Kolidyna, jak wiemy, należy do zasad szeregu pirydynowego ($C_n H_{2n-5} N$) do których należy:

Pirydyna	$C_5 H_5 N$.
Pikolina	$C_6 H_7 N$.
Lutydyna	$C_7 H_9 N$.
Kolidyna	$C_8 H_{11} N$.
Parwolina	$C_9 H_{13} N$.
Korydyna	$C_{10} H_{15} N$.
Rubidyna	$C_{11} H_{17} N$.
Wirydyna	$C_{12} H_{19} N$.

Ciała te powstają zwykle przy suchéj destylacyi ciał organicznych zawierających azot, i znajdują się w olejku lotnym ze smoly węgli kamiennych i w olejku z rogu jeleniego (*Oleum animale Dippeli*).

Rozbioru chemicznego drugiego ciała, dla zbyt małéj ilości jaką się otrzymać udało, zrobić nie było można. Za strzega się jednak Le Bon przeciwko uważaniu tych ciał aromatycznych za jedno ze związkiem stałym zwanym nikocyjaninem, który otrzymuje się także przez destylacyję liści tytoniowych z wodą.

Prócz tego wspomina Le Bon, że w badaniach swych nad ciałami aromatycznemi dymu przy destylacyi natrafił także na gaz właściwego a bardzo nieprzyjemnego zapachu. Prawdopodobnie, jak utrzymuje, jest to jakiś węglowodór.

Jeżeli już same liście tytoniowe wedle gatunku i miejscowości zkąd pochodzą, jak widzieliśmy, miewają bardzo różny skład chemiczny ilościowy, jeżeli sposób i czas przeprowadzania fermentacyi znacznie je także zmienia co do składu, to już zaprawianie ich owemi sosami tajemniczego składu i tak rozmaite fałszowania tajemne, sprawiają, iż dym tytoniowy jest nieskończenie trudnym do badania. Jeżeli już bowiem każda rzecz brana oddzielnie w stanie naturalnym i w stanie dymu bywa zawsze bardzo różną, to cóż dopiero, gdy na ów dym i na owe gazy składają się razem najrozmaitsze mięszaniny.

Trzeba tu więc zawsze pamiętać, że pomimo i najdokładniejszych nawet badań chemicznych gatunków tytoniu używanych do palenia, zawsze będzie nieskończenie trudno przyjść wreszcie do pewnego i jasnego poznania chemicznego składu ich dymów.

Opierając się jednak na tém, co dotychczas zdobyto na drodze badań chemicznych, pod względem poznania tytoniu i jego dymów, przyznać musimy, iż rozjaśnienie sprawy fizyologicznych i patologicznych jego wpływów na ustrój ludzki i zwierzęcy znacznie postąpiło

Przypatrzmy im się więc bliżéj (C. d. n.

V. Oceny i sprawozdania.

Dr. Ida Elijaszowa: **O działaniu kantarydynu na nerki.**

Dokończenie. Patrz Nr. 1).

Inaczéj zachowują się kanaliki zbiorowe istoty rdzeniowéj, zwłaszcza w swéj dolnéj części; tu bowiem odrywają się komórki przybłonkowe w całości i leżą wolno w świetle kanalików; prócz tych komórek napotykamy jeszcze i w największéj ilości w pobliżu brodawek wielkie okrągłe komórki o wielkiém, okrągłém słabo się tylko barwiącém jądrze. E. uważa je za ciałka białe krwi, które uległy rozpęcznieniu skutkiem przybrania większéj ilości cieczy. Stosunek ich do komórek przybłonkowych jest różny; jeżeli to

ostatnie przyczepione są jeszcze do ściany kanalika, komórki naciekowe uciskają i spłaszczają je z boków, skutkiem czego powierzchnie boczne komórek przybłonkowych stają się wklęsłe lub nawet komórki przybłonkowe przybierają postać klina podstawą do światła kanalika zwróconego. W kanalikach zbiorowych widziała E. także wałeczki szkliste, a natomiast nie było komórek przybłonkowych; równocześnie w miejscach sąsiednich widzieć można było łuszczenie się przybłonka a komórki odłuszczone, których zarysy dobrze się jeszcze uwydatniały, miały wejrzenie połyskujące, jednostajne tak, że wypadało owe wałeczki uważać za przeobrażone komórki przybłonkowe.

Co się tyczy kłębków, to E. zgadza się z Cornilem w głównych punktach. Cornil znalazł już po 20 minutach przybłonek torebki napęczniały i między nią a kłębkiem ciałka białe krwi, które w późniejszych okresach były znacznie większe. Komórki te wypełniały torebkę i obejmowały kłębki półksiężycowato, przybierając najrozmaitsze kształty skutkiem wzajemnego ucisku w zamkniętéj przestrzeni; tu i owdzie były nawet zupełnie rozpadłe w drobnoziarnistą masę.

Ilość moczu wydzielanego zmniejsza się zwykle do minimum; mimo tego dostaje się nieco moczu zawierającego kantarydyn do pęcherza, wywołując w tym ostatnim ostre zapalenie. W moczu znajdują się małe okrągłe komórki, zupełnie równające się ciałkom ropy, lub nieco większe i więcéj przeźroczyste; co samo już naprowadza na myśl, że powstały one przez napęcznienie ciałek ropnych. Obok tych tworów komórkowych znajduje się w moczu mnóstwo komórek przybłonkowych płaskich. Błona śluzowa pęcherza badana w godzinę lub dwie po zatruciu okazuje brak powierzchownéj warstwy przybłonka a komórki przybłonkowe gdzieniegdzie utrzymane są znacznie wydłużone. Te zaś komórki przybłonkowe, które opadły, są w podobny sposób zmienione jak ciałka ropy, tj. ulegają rozpęcznieniu i wtedy zawierają treść śluzową ścinającą się za dodaniem kwasu octowego. W saméj błonie śluzowéj widać mocno wypełnione naczynia krwionośne, natomiast nie ma silniejszego nacieku komórkowego.

Chcąc te wszystkie zmiany podciągnąć pod jednolity związek przyczynowy, trzeba zmianę w kłębkach, tj. wystąpienie ciałek białych i wysięk cieczy zawierającéj białko, przyjąć za zmianę pierwotną; bo tylko tym sposobem można sobie wytłumaczyć ustanie wydzielania moczu. Kanaliki moczowe ulegają zmianie dopiero późniéj we 2—3 godzin i można je śmiało uważać za skutek przepływającego przez kanaliki kantarydynu, podobnie jak zmiany w pęcherzu.

Jak wiadomo Heidenhain uważa kanaliki kręte i ramiona wstępujące za miejsce wydzielania się niektórych soli, np. indygosiarkanu sodowego, w nerce prawidłowéj. E. chcąc się przekonać, jak się pod tym względem zachowują nerki po zatruciu kantarydynem, wstrzykiwała królikom zwykłą dawkę kantarydynu a po 20 minutach do 2 godzin 12—15 cm. sz. indygosiarkanu sodowego do żyły szyjnéj. Po zabiciu zwierzęcia w 8—10 minut i wystrzyknięciu nerki wyskokiem można było spostrzedz barwik jedynie w kanalikach krętych i to zarówno w ich świetle jak i w komórkach przybłonka; obraz jednak był mniéj wyraźny, jak w nerce prawidłowéj. Po dłuższym czasie, np. po pół godziny, obraz był jeszcze mniéj wyraźny; natomiast zabarwienie odnosiło się w części i do pętli Henlego. Te doświadczenia dowodzą, że im więcéj czasu upłynęło od zatrucia kantarydynem do wstrzyknięcia indygosiarkanu sodowego, têm mniéj tego barwika wydziela się przez przybłonek kanalików krętych.

Wreszcie zastanawia się E. nad różnicą zmian w nerkach po zatruciu kwasem chromowym a kantarydynem. Zmiana w obu razach odnosi się do przybłonków i to przeważnie kanalików krętych; lecz gdy po zatruciu kwasem chromowym komórki przybłonkowe ulegają w całości martwinie i zamieniają się we wałeczki, w zatruciu kantarydynem następuje zmiana od światła kanalika, gdy część obwodowa zawierająca jądro pozostaje nietkniętą; co przemawia za têm, że w pierwszym razie substancyja szkodliwa zostaje wydzieloną przez przybłonek i niszczy go w całości, gdy przeciwnie kantarydyn znajdując się w kanalikach ztąd działa na komórki przybłonkowe. (*Virch. Arch.* T. 94. 1).

Dr. Otto.

Prof. S. Samuel: **O podskórnéj infuzyi w cholerze.**

Jakkolwiek coraz więcéj utrwala się przekonanie, że pod wpływem zdobyczy naukowych na polu bakteryjologii osiągniętych w ostatnich kilku latach, leczenie chorób polegających na rozwoju drobnowidowych tworów gruntownéj niedz musi reformie, mimo tego musimy, póki to nie nastąpi, właśnie w tych chorobach bardzo często ograniczać się do leczenia symptomatycznego. Jednym z najważniejszych objawów w cholerze jest, jak wiadomo, utrata znacznéj ilości cieczy ze krwi, a następnie skutkiem tego zwolnienie krążenia, zwłaszcza w częściach obwodowych. Aby temu zapobiedz, próbowali różni lekarze począwszy od Dieffenbacha a skończywszy na Wildtcie w Kairze, wstrzykiwania do żył i wszyscy zgadzają się na to, że wstrzykiwania takie sprowadzały wyraźne, choć przemijające, wyleczenie stanu ogólnego. Według S. chodzi jednak o to, aby ten korzystny skutek można przedłużyć na przeciąg trwania okresu zamartwiczego, który zresztą nigdy nie trwa dłużéj nad 24—36 godzin. Lecz wstrzykiwania do krwi nie nadają się z wielu względów do dłuższego stósowania; natomiast o wiele wygodniéj jest używać wstrzykiwań podskórnych, które mają ten sam skutek, jak dowodzą spostrzeżenia Beigla (*Lancet* II, Nr. 13), zwłaszcza jeżeli się ich nie robi zapóźno i w miejscach, w których się już znacznie zwolniło lub nawet zupełnie ustało krążenie krwi. Ważnym więc jest także wybór miejsca wstrzykiwania; ponieważ w naczyniach szyi krążenie stosunkowo najmniéj bywa upośledzone, przeto S. radzi zacząć od szyi a w razie, gdyby wessanie za powolnie się odbywało, przejść na klatkę piersiową. Aby têm pewniéj wynagrodzić ubytek cieczy, możnaby stósować wstrzykiwania równocześnie w kilku miejscach. Co się tyczy narzędzia, to najodpowiedniejsze są do tego troakary w stałém połączeniu z irygatorami, w każdym razie przynajmniéj odpowiedniejsze aniżeli igły, które zostawione przez dłuższy czas mogą uszkodzić które z ważniejszych naczyń lub nerwów. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1883, Nr. 46). *Dr. Otto.*

Lauenstein (w Hamburgu). **O zastosowaniu osteoplastycznéj resekcyi stopy według Mikulicza w ropieniu kości.**

Do znanych dotychczas 4 przypadków téj operacyi dołącza L. dwie historyje chorych operowanych według metody Mikulicza z powodu ropienia kości stopy.

1. Kobieta 32-letnia przebyła przed 5 laty krwotok płucny, a przed 15 miesiącami powstało u niéj po nadwichnięciu stopy obrzmienie stawu skokowego prawego, w którym w ciągu kilku miesięcy rozwinęły się wybitne objawy ropienia kości. Sprawa chorobowa zajmowała głównie okolicę pięty, na któ-

réj znajdowały się 4 przetoki prowadzące do rozmiękłéj kości, przednia część stopy była zdrowa. W szczycie prawego płuca objawy zgęszczenia.

L. połączył istniejące przetoki cięciem łukowatém wyskrobał rozmiękłe kości i masy gębczaste ostrą łyżeczką, a jamę powstałą wypełnił jodoformem. Po operacyi téj stan choréj nieco się poprawił, jednak wkrótce wystąpiło znowu obfite ropienie, odżywienie choréj zaczęło podupadać, a ponieważ chora nie zgodziła się na amputacyję podudzia, przeto wykonał L. resekcyję osteoplastyczną podług zasad podanych przez Mikulicza z wyjątkiem, że z powodu znacznego zniszczenia kości podudzia musiał z nich odpiłować kawałek blizko 7 cm. długi.

Rana z wyjątkiem małego ropienia w kanale pierwszym goiła się bardzo dobrze; po dwóch miesiącach kości były z sobą mocno zrośnięte, stopa niebolesna, i chora opuściła szpital w opatrunku gipsowym. Mimo pomyślnego przebiegu sprawy miejscowéj choroba płucna rozwijała się dosyć szybko i chora umarła z gruźlicy w 8 miesięcy po operacyi.

2. Mężczyzna 25-letni zupełnie dotychczas zdrowy, nadwichnął przed $1\frac{1}{2}$ rokiem nogę prawą, która mocno obrzmiała, a w ciągu 8 tygodni powstała po wewnętrznéj stronie stawu skokowego przetoka, prowadząca do rozmiękłéj kości skokowéj.

I w tym przypadku próbował L. usunąć chorobę przez wyskrobanie schorzałych części, jednak bez skutku, gdyż już w kilka tygodni po operacyi rozwinęły się na powrót bujne masy gębczaste, głównie wzdłuż torebek ścięgnistych, a ropienie, ograniczające się pierwotnie do stawu między kością skokową i piętową, zajęło także staw skokowy. Z tego powodu wykonał L. 23 marca 1883 r. resekcyję osteoplastyczną Mikulicza. Rana zgoiła się prawie całkowicie *per primam*, 8 maja zaczął chory chodzić a 15 opuścił szpital w opatrunku gipsowym.

W pięć miesięcy potém przedstawił się chory powtórnie w stanie zupełnego zdrowia, kości były mocno zrośnięte, operowany oddawał się znów swemu zatrudnieniu jako murarz i był w stanie chodzić nawet bez żadnego obuwia przez 4 godziny bez przerwy. L. jest gorliwym zwolennikiem operacyi Mikulicza, która może w wielu przypadkach zastąpić amputacyje podudzia lub operacyje Symego, zwłaszcza że kikut po „Mikuliczu“ jest dla chorego znacznie wygodniejszy, niż nawet bardzo dobra proteza. Operacyja ta ma tę wielką korzyść, że pozwala na dokładne obejrzenie całego pola operacyjnego i doszczętne oddalenie mas gębczastych ze wszystkich zaułków, zwłaszcza z torebek ścięgnistych. Przedłużenie nogi operowanéj, wynoszące w drugim przypadku L. 3 cm., da się zawsze wyrównać przez podniesienie obcasa na bucie zdrowéj nogi. W celu ułatwienia pierwszych prób chodzenia poleca L. założenie opatrunku gipsowego o szerokiéj podstawie, z któréj wystają tylko palce zagięte pod kątem prostym. (*Centralbl f. Chir.* 1884, Nr. 1). *Dr. Schramm.*

Nussbaum i J. Eder: Ignipunctura.

Pierwszy z powyżéj wymienionych autorów poleca podobne leczenie nowotworów złośliwych, mianowicie raków, jakiego używał z świetnym skutkiem w obec złych wrzodów na nogach, gdzie naokoło wrzodu w zdrowéj już tkance nożem dość głębokie robił wcięcie. Myślą przewodnią jest tu twierdzenie, że obrzęk złośliwy najlepiéj można zwalczyć, gdy mu się odetnie środki odżywienia. W jednym przypadku owrzodzonego raka sutkowego, połączonego z znacznemi krwotokami, osiągnął N. najzupełniejszy skutek leczniczy obciągnąwszy cały obrzęk ligaturą *en masse* i otoczywszy guz na zewnątrz ligatury jeszcze położony rowkiem głębokim wypalonym za pomocą termokauteru. Ostatni ten sposób uważa N. za najodpowiedniejszy już z tego powodu, że da się zastósować i w obec nowotworów o nieregularnych konturach. Rowek taki na 1 cm. szeroki wypala się termokauterem aż do powięzi. Przebieg ma być szybki i nad spodziewanie dobry, a nawet chorzy znoszą dobrze cały zabieg.

W pracy Edera, także z kliniki Nussbauma pochodzącéj, znajdujemy szczegółowe określenie wskazań do téj metody operacyjnéj i krótką kazuistykę. Dla ginekologa zajmującym jest przytoczony tamże przypadek przewlekłego zapalenia macicy i nieżytu śródmacicznego, w którym zaaplikowano w każdą z obu bardzo obrzękłych i twardych warg macicznych po sześć głębokich nakłóć termokauterem i osiągnięto jak najzupełniejszy powrót do stanu prawidłowego. (*Aerztl. Intelligenzbl.* 1883, Nr. 19).—(*Inaugur. Dissert. München* 1883). *Dr. Kohn.*

Höltzke: Badania doświadczalne ucisku w przodkowéj komórce oka.

Najważniejsze wyniki, do których autor doszedł, są następujące:

1) Ezeryn sam przez się zwiększa ucisk znacznie, równocześnie jednak zwężenie źrenicy, wywołane przez ten środek, nie tylko że zobojętnia to podwyższenie ucisku, lecz obniża go nawet poniżéj prawidła.

2) Atropin nie podwyższa wprost ucisku, ale sprawia on skutek o tyle, o ile źrenicę rozszerza.

3) W warunkach fizyjologicznych wzmaga się ucisk w przodkowéj komórce z każdém rozszerzeniem, opada zaś z każdém zwężeniem się źrenicy.

Jest rzeczą wątpliwą, czy uniknąć można podwyższenia ucisku przez ezeryn stosując go ostrożnie, w każdym jednak razie zdaje się racyjonalném używać tylko słabych rozczynów ($\frac{1}{4}$%), jeżeli w celu leczniczym zamierzamy ucisk śródoczny trwale obniżyć. Autor spostrzegał także wahania się manometru zawisłe od tętna i ruchów oddechowych. Drażnienie nerwu współczulnego zwiększało zawsze ucisk, ale skutkiem zwiększania parcia krwi. (*Graefe's Archiv f. Ophthal.* XXIX 2). *Rydel.*

Pellacani (docent w Turynie): O zmianach w naczyniach szyi w niektórych rodzajach śmierci gwałtownéj.

Autor zastanawia się nad zmianami, występującemi czasem w ścianach tętnic szyjnych skutkiem ucisku wywartego na szyję, a więc nad zmianami, które po raz pierwszy opisał Amussat, a w nowszych czasach przypomniał głównie Friedberg (p. Przegl. Lek. 1883, Nr. 19) a twierdzenie ostatniego sprawdzał doświadczalnie na psach i królikach, które zabijał przez powieszenie, zduszenie i zadławienie. Na podstawie swych doświadczeń P. dochodzi do wniosków: 1) że przez ucisk na szyję można wywołać nierównie łatwiéj uszkodzenia innych części miękkich szyi aniżeli wynaczynienia w ścianach tętnic, pomimo że narzędzie uciskające działa w miejscu, gdzie tętnice najmniéj są powleczone; 2) że wynaczynienia w mowie będące powstają czasem skutkiem powieszenia, a rzadziéj przy innych sposobach uduszenia; ale nie powstają one i w powieszeniu zawsze, nawet pomimo silnego uciskania lub szarpania tętnic; 3) że pęknięcie błony wewnętrznéj tętnic szyjnych nie jest zależném od zmiany chorobowéj tychże naczyń, bo zdarza się w naczyniach całkiem zdrowych; 4) że nadwerężenie błony wewnętrznéj w naczyniach prawidłowo odżywianych

dowodzi powstania urazu za życia; wreszcie 5) że podbiegnięcie błony dodatkowéj tętnic szyjnych zwraca uwagę na potrzebę badania, czy śmierć nastąpiła w skutek uduszenia, że jednak samo przez się nie dowodzi uduszenia w ogólności, a tém mniéj szczegółowego rodzaju uduszenia. (*Rivista speriment. di medicina legale* 1883, pag. 167—192). *L. B.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω. Prof. Schatz z Rostoku poleca gorąco w cierpieniach niektórych macicznych *Hydrastis canadensis.* Używał on wyciągu płynnego (sprowadzonego od Parke, Davis et Comp. Detroit Mich., U. S. A.) w 50 przypadkach, i widział zadowalające skutki w 2/3 częściach téj liczby. *Hydrastis canadensis* zdaje się działać na błonę śluzową macicy przez wywoływanie skurczów jéj naczyń. Przez to powstaje nie tylko zmniejszenie nawału krwi do części rodnych niewieścich, ale także występuje wpływ na nerwy. Schatz widział wyniki zadowalające nawet tam, gdzie sporysz zawiódł, lub nawet sprawę pogorszył. Autor poleca *Hydrastis canadensis* szczególniéj w krwotokach macicznych, następowych skutkiem mięsaków (sporysz często tutaj zawodzi), w krwotokach połogowych, u osób młodych w wieku od 15—18 lat, a w końcu w przypadkach *Endometritis,* w których wyskrobywania nic nie pomogły. Radzi użyć tego środka już na tydzień przed wystąpieniem miesiączki. W niektórych przypadkach spostrzegano, że miesiączka nie tylko że była znacznie mniéj obfitą, ale nawet czasem zupełnie jéj nie było. Krwotoki przy mięsakach ustępowały po użyciu *Hydrastis canadensis* czasem na całe miesiące. Schaetz poleca jako zwykłą dawkę wyciągu *Hydrastis canadensis* 3 razy dziennie po 20 kropli. (*W. med. Bl.* (Nr. 44, 1883).

Ω. Brocq podaje w *Annales de dermat. et de syphilidologie* ciekawe spostrzeżenie. U 40 letniego mężczyzny wystąpiła bez znanych przyczyn gorączka silna. Po dwóch dniach całe ciało okryło się wysypką nader podobną do szkarlatyny. Chory wziął kąpiel siarczaną, skutkiem czego wysypka jeszcze się zwiększyła, tak że skóra miała jednostajną szkarłatną barwę, była gładką, przytém obrzmiałą. Stan ogólny chorego nie wiele w czasie trwania téj wysypki ucierpiał. Gorączka występowała tylko w pierwszych dniach ku wieczorowi. Mocz prawidłowy. Po 4-dniowém trwaniu wysypki nastąpiło tak silne, 3 tygodnie trwające, łuszczenie, że chory co rano literalnie parę garści łusek z łóżka wyrzucał. Włosy nie podlegały żadnym zmianom, za to paznogcie częścią odpadać zaczęły, częścią przez zgrubienie uległy zniekształceniu.

Podobny przypadek opisuje Richardière. U 37-letniego zdrowego człowieka wystąpiła wśród nieznacznych dreszczów i podniesienia ciepłoty osutka jednostajna szkarłatna, na tułowiu tu i owdzie w postaci pęcherzyków jak w prosówce. Podniebienie i łuki zaczerwienione, mocz prawidłowy. Rozpoznano w pierwszéj chwili płonicę; skoro jednak chory oznajmił, że podobna osutka występuje u niego co jakiś czas, musiano cofnąć rozpoznanie. W 10 dniu rozpoczęło się silne łuszczenie, trwające 5—6 dni. We dwa tygodnie chory znów z takiemi samemi zmianami powrócił do szpitala, łuszczenie również silnie wystąpiło, ale tym razem poschodziły i paznogcie u stóp i rąk. (*D. m. Ztg.* 1883, Nr. 45).

Ω. De Beurmann zachwala w jednym z ostatnich Nrów *Bull. de Thérapie* **wodę chloroformową,** polecaną naprzód przez pp. Lasègne i Regnaulta, pod nazwą „*Eau chloroformée.*" Wodę tę otrzymuje się przez kłócenie chloroformu z wodą. Tym sposobem powstaje wodny rozczyn chloroformu, który zawiera w 100 grm. wody niespełna 0.90 chloroformu. Rozczyn ten używa się wewnętrznie, rozcieńczony na pół z wodą „*Eau chloroformée diluée,*" bo sam trochę za ostro działa. Posiada on własności antifermentacyjne i znieczulające. B. zaleca go szczególniéj jako wodę do płukania w bólu zębów, daléj wewnętrznie kilka razy dziennie po łyżeczce w kurczu, rozstrzeni żołądka, w uporczywych wymiotach, szczególniéj u ciężarnych. Prócz tego rozczyn wodny chloroformu okazał się znakomitym *corrigens* w przyrządzaniu innych leków, szczególniéj takich, które sprawiają łatwo wymioty lub nudności. Autor podaje różne przepisy w tym względzie, jak używać wody chloroformowéj z morfinem, opijum, bromkiem potasu, wodnikiem chloralowym, salicylanem sodowym, z *liq. ferri sesquichlorati* itd.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich

XIV. Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z dnia 7 listopada 1883.

Przewodniczący: kol. Obaliński. Członków obecnych 34, jako goście lekarze pułkowi: kol. Fischer, Boček i kol. Dymnicki z Buska.

1) Kol. Dobrzyckiego z Warszawy wybrano jednomyślnie członkiem korespondentem.

2) Kol. Wł. Gluziński przedstawia pod mikroskopem bakteryje znajdujące się w plwocinach z zapalenia płuc włóknikowego pochodzących. Klebs, Leyden i Koch pierwsi byli, którzy te mikroorganizmy odnaleźli. Bakteryje te mają się także znajdować we krwi i surowicy ludzi na tę chorobę cierpiących. Strassman zaś sprzeciwia się, jakoby one li tylko w obec zapalenia płuc włóknikowego występowały, bo znalazł je także w ślinie u ludzi na inne choroby cierpiących. W klinice prof. Korczyńskiego stwierdzono je w plwocinach z téj choroby pochodzących, znaleziono je jednakowoż i u chorych cierpiących na nieżyt płuc, także u chorego bez zapalenia dróg oddechowych, u którego jednakowoż zapalenie płuc w kilka dni po badaniu wystąpiło.

3) Kol. Wolfram odczytuje pracę swą: „O samoistném znużeniu i przeroście serca". (Praca ta była już umieszczoną w Przeglądzie Lekarskim).

Dla spóźnionéj pory odłożono dyskusyję nad tym przedmiotem do następnego posiedzenia.

Dr. Mendelsburg.

XV Posiedzenie zwyczajne z dnia 21go listopada 1883 r.

Przewodniczący kol. Obaliński. Członków obecnych 32.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Lekarzy pułkowych kol. Fischera i Bočka wybrano członkami czynnymi Tow.

3) Kol. Przewodniczący oznajmia, iż dnia 18 b. m. w imieniu Tow. wysłał telegram do Pragi, jako w dzień otwarcia narodowego teatru czeskiego.

4) Kol. Rydel przedstawia kobietę cierpiącą od paru lat jaglicę z grubą łuszczką na obu oczach, u któréj zastosował nowy lek, pochodzący z Brazylii, zwany jequirity. W ciężkich przypadkach jaglicy z grubą łuszczką, w których zawodzi leczenie zwykle używanemi środkami, uciekano się dotąd do szczepienia wydzieliny ropnéj rzeżączkowéj. Prelegent nadmienia o niedogodnościach i niebezpieczeństwach takiego szczepienia, które sprawiły, że nowy środek, przedstawiony w roku 1882 przez Weckera Akademii paryskiéj, powitano z radością i zaczęto go doświadczać. Niebawem wytworzyły się dwa obozy. Jeden z nich, z Weckerem na czele, zaleca gorąco nowy środek i chwali jego skuteczność, podczas gdy drugi obóz odmawia mu wszelkiéj wartości lub przyznaje tylko bardzo małą. Podczas gdy zwolennicy twierdzą, że namok zimny nasion *Abri praecatorii* wywołuje silne zapalenie dławcowe spojówki, leczące szybko i pewnie jaglicę i łuszczkę, utrzymują przeciwnicy, że namok nasion jequirity zdoła sprowadzić zaledwie lekkie zadrażnienie spojówki, niemające żadnego lub tylko bardzo mały wpływ na jaglicę i jéj następstwa. Pragnąc wyrobić sobie sąd o nowym leku, oparty

na własném doświadczeniu prelegent zastosował 3% zimny namok nasion jequirity, pozbawionych skorupek i miałko sproszkowanych, na prawém oku kobiety przedstawionéj. Stosował go spłukując obficie spojówkę obu powiek odwiniętych przez jakie 5 minut za pomocą kłębuszka waty Brunsa maczanéj w namoku. Pierwsze zastosowanie miało miejsce w poniedziałek 19 b. m. w południe, drugie tegoż samego dnia wieczór. Nazajutrz rano były powieki silnie obrzmiałe a cała spojówka obu powiek pokryta błoną dławcową, mimo to zastosowano lek po raz trzeci i ostatni i kazano choréj tak samo jak i za dwoma pierwszemi razami robić okłady z namoku jequirity przez 5—10 minut. U choréj przedstawionéj powieki, których skóra jest miernie zaczerwieniona, są tak silnie obrzmiałe, że dobrowolne otwarcie szpary powiekowéj jest niemożliwe, po rozwarciu zaś i odwinięciu powiek, które udaje się tylko z wielką trudnością, widać spojówkę obu powiek w całéj rozciągłości pokrytą na 1 mm. i więcéj grubą, szarą błoną dławcową, którą za pomocą szczypczyków w wielkich płatach łatwo oddalić można. Spojówka gałkowa zaczerwieniona tworzy mierny wał, wydzielina jest surowicza, mętna, niezbyt obfita. Rogówka cała pokryta już dawniéj łuszczką tak grubą, że chora palce z trudnością na 1·0 liczyła, zaćmiła się tak mocno, że obecnie jest tylko poczucie światła. Powierzchnia rogówki mocno chropowata i mnóstwem naczyń pokryta przypopomina żywo tęczówkę opadłą i silnie granulującą. Przypadek ten dowodzi w sposób niezbity, że namok jequirity wywołuje istotnie, jak to Wecker i stronnicy twierdzą silne zapalenie dławcowe. Co się tyczy drugiego pytania, czy i o ile to zapalenie jequiritytyczne wywrze wpływ na stan spojówki i rogówki, czy ostatecznie wyleczy jaglicę i łuszczkę, okaże się dopiero po upływie kilku tygodni czasu, a wtedy prelegent nie omieszka przedstawić choréj Towarzystwu powtórnie i zdać sprawę ze swoich spostrzeżeń.

5) Kol. **Korczyński** przedstawił chorego z umiarową zamartwicą miejscową *(asphyxia localis symmetrica)*. Mężczyzna lat 19 liczący, który z wyjątkiem kiły, jakiéj uległ przed 9 miesiącami, żadnéj dotąd nie podlegał chorobie, okazuje obecnie prawie umiarowo na obudwu rękach następujące zmiany. Ręce aż do nadgarstków są stale lodowo zimne, nawet na największym chłodzie potnieją, a nie rozgrzewają się dostatecznie nawet przy dłuższym pobycie w ciepłym pokoju, lub włożone w grube futrzane rękawiczki. Palce: drugi, trzeci i czwarty obudwu rąk są sine osobliwie po stronie dłoniowéj, a sinica ta występuje najwybitniéj na trzecich falangach. Palce te są miernie obrzmiałe, przy dotyku twardsze, i tak sztywne, że chory nie jest w stanie zacisnąć je w pięści, utrzymać pióro lub uchwycić drobniejsze przedmioty. Na zimném powietrzu lub po włożeniu rąk do zimnéj wody, jak niemniéj przy zwieszeniu takowych ku dołowi, sinica i sztywność palców znacznie się zwiększają, przybierają one wtedy zabarwienie ciemnosine, prawie czarne, w cieple lub przy podniesieniu rąk do góry sinica się zmniejsza a na powierzchni dłoniowéj pierwszych i drugich falang występują miejsca białawe w postaci ograniczonych plam. Palce przy najlżejszém dotknięciu są bardzo bolesne, osobliwie trzecie falangi, a bolesność ta potęguje się skutkiem tych samych wpływów, które powiększają w nich sinicę. Dla bólu chory tylko z wielką trudnością może się sam ubrać lub rozebrać. Nawet przy spokojném trzymaniu rąk palce te są siedzibą stałego mrowienia i trętwienia i od czasu do czasu potęgujących się bólów, które najwybitniéj występują w obudwu palcach wskazujących. Na palcach tych okazuje chory czucie nadmiernie dokładne i tak już w odległości 1 linii odróżnia bardzo dokładnie dwa dotknięcia lub ukłócia jako odrębne wrażenia, rozpoznaje różnicę ciepłoty wynoszącą niespełna jeden stopień Cels., a przy obciążeniu 200 gr. rozpoznaje za pomocą barestezyjometru Eulenburga różnicę w ucisku 10—20 gr. wynoszącą. Czucie elektryczne jest również bardzo dokładne. Palce wielkie i małe, jak niemniéj ręce w zwykléj ciepłocie są trupio blade, zimne i spocone, palce przy silniejszym ucisku bolesne, przy spokojném zachowaniu się lekko stretwiałe, z prawidłowém czuciem dotykowém, czuciem ciepłoty i ucisku; na chłodzie sinieją, lubo w znacznie mniejszym stopniu, trętwieją i stają się bolesne. Palec trzeci u nogi prawéj jest również blady, chłodny i miernie stretwiały. Zresztą z wyjątkiem łuszczycy pstréj (*pityriasis versicolor*) na tułowiu, daléj przewlekłego nieżytu gardła, i obrzmienia gruczołów karkowych, pachowych i pachwinowych, jako objawów przebytéj kiły nie przedstawia chory żadnych innych zboczeń. Choroba ta miała się rozpocząć około 20 października 1883 r. od nagłego pojawienia się sinicy i bolesności w obudwu wskazicielach, a po kilku dniach zająć miała resztę palców. Przy ściślejszém wypytywaniu pokazuje się jednak, że już na 3 miesiące przedtém chory miał ręce zimne, lekko stretwiałe i jak się sam wyraża „trupio blade i pocące się“. Poprzednio nigdy rąk nie przemroził, i nie trudnił się takiém zajęciem, któreby narażało jego ręce na wpływ zimna lub wilgoci. Przez cały ciąg choroby nigdy nie doznawał swędzenia. Od tygodnia, odkąd chory przychodzi codziennie do kliniki, stosuje się na miejsca chorobą dotknięte prąd indukcyjny i stale spostrzedz można po każdém posiedzeniu, że trętwienie w palcach na kilka godzin znika a bóle znacznie się zmniejszają. Prąd galwaniczny w obudwu kierunkach stosowany nie wywiera żadnego skutku ani na zboczenia przedmiotowe, ani na uczucia podmiotowe. Tętno sprychowe na obudwu rękach jest stale prawidłowe.

Wykluczywszy zmiany w układzie nerwowym i naczyniowym, a uwzględniając umiarowość sprawy chorobowéj na obudwu rękach prelegent rozpoznaje w obecnym przypadku miejscową zamartwicę (*asphyxia localis symmetrica*). Jest to choroba mało dotąd znana, lubo nie tak rzadka, jakby się na pozór wydawać mogło. Rozpoznanie jéj jest jak dotąd tylko czysto symptomatyczne, gdyż właściwa jéj przyroda jest dotąd zupełnie nieznana. Pierwszą wzmiankę o téj chorobie uczynił Roger, używając już nawet nazwiska zamartwicy miejscowéj, dokładniejsze jednak szczegóły podał dopiero Raynaud w rozprawie inauguralnéj ogłoszonéj w r. 1862. Odróżnia on trzy postacie, mianowicie omdlenie miejscowe (*Syncope localis*), zamartwicę i zgorzel miejscową. Dwie pierwsze postacie znajdują się bardzo wybitnie zaznaczone w przedstawionym przez prelegenta przypadku. Z autorów niemieckich wspomina o téj chorobie dosyć obszernie Recklingshausen (*Handbuch d. allgem. Pathol. des Kreislaufs* 1883 str. 42). Mówił o niéj także Fraentzel w Grudniu 1882 r. na posiedzeniu berlińskiego Tow. dla medycyny wewn. (*Zeitsch. f. klin. Med.* VI str. 277), jednak, jak się zdaje, tylko na podstawie wiadomości zaczerpanych z literatury, nie zaś na własnych oparty spostrzeżeniach. Dyskusyja, jaka toczyła się z tego powodu na owém posiedzeniu, wcale sprawy nie rozjaśniła, a zabierający głos przytaczali po największéj części własne przypadki, gdzie istniały wybitne zmiany w układzie nerwowym lub naczyniowym i których z tego właśnie powodu nie można zaliczać do idiopatycznéj zamartwicy umiarowéj. Tyle zdaje się być pewném, że chorobie téj pośredniczy nieprawidłowy stan nerwów naczynioruchowych, który pociąga za sobą skurcz drobnych tętniczek, który w dalszém następstwie wywołuje zwolnienie krążenia w naczyniach włosowatych i przekrwienie żylne, a w wyższym stopniu doprowadzić może do powstrzymania odżywiania i do następowéj zgorzeli.

Z własnego doświadczenia zna prelegent tylko przypadki miejscowego omdlenia i miejscowéj zamartwicy. Pierwsze zdarzają się dosyć często osobliwie u osób młodych, wrażliwych i niedokrewnych, lub w ozdrowieniach po cięższych chorobach. Każdy prawie zna przypadki owych rąk zawsze spoconych a nawet wśród upałów zawsze zimnych i bladych, jakie tak często okazują młode blednicze dziewczęta, lub owych nóg stale zimnych, bladych lub sinych i spoconych, które napotyka się dosyć często u młodych nawet osób, a które także zaliczyć należy do miejscowego omdlenia niższego stopnia. Niemcy nazywają je *Sommerfröste*. Zamartwicy miejscowéj umiarowéj zna prelegent oprócz przedstawionego przypadku jeszcze dwa inne, gdzie również nie można było ani w układzie tętniczym ani naczyniowym wyśledzić dostatecznéj przyczyny. Jeden dotyczył ozdrowieńca po zapaleniu płuc nieżytowém, drugi chorego z nie strawnością nerwową na tle wybitnéj hipochondryi.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabiera głos kol. **Mikulicz**. Przypomina sobie z kliniki Billrotha dwa przypadki téjże choroby. Różniły się one tém od przedstawionego, iż nie można było wyczuć tętna sprychowego w jednéj odnodze. Kol. **Korczyński** nadmienia, iż na powyż wymienioném posiedzeniu Tow. lekarzy berlińskich Bernardt opisał przypadek, gdzie chory po doznanym urazie przedramienia okazywał brak tętna sprychowego i ramieniowego. — Kol. Ant. **Rosner** zwraca uwagę na zmiany w skutek odmrożenia palców a na po-

raženiu mniejszych żył polegające, które przypominają żywo obraz cierpienia przedstawionego. Zdarza się często, iż młode panny na bezkrwistośc i blednicę cierpiące już nawet w jesieni palce odmrażają a objawy tegoż odmrożenia zgadzają się z objawami téj *Syncope localis* z wyjątkiem, iż doznają silnego swędzenia. U kiłowych osób histerycznych przydarza się często nieczulica końców palców. — Kol. Obaliński przeszedł omawiane cierpienie za swoich czasów studenckich. Na zimném powietrzu w jesieni lub zimie doznawał sinicy i hyperalgesii palców. Z nastaniem ciepłego powietrza objawy te same przez się ustąpiły. Sądzi, iż dla téj choroby tkwić musi w układzie nerwowym pewna przyczyna usposabiająca. Przypomina sobie z własnéj praktyki przypadek, do którego na poradę prof. Rosnera wzywał. Cierpienie polegało na szczególnéj bolesności odnogi dolnéj prawéj, w któréj spostrzeżono brak tętna. W amputowanéj odnodze znaleziono w skutek *endoarteriitis proliferans* zaczopowane żyły i tętnice. Co się tyczy odmrożenia przez kol. Rosnera wspomnianego, to zwraca uwagę, iż w odmrożeniu owe trupio blade plamy w cieple zamieniają się na różowe.—Kol. Schramm zapytuje prelegenta, czy uważał, aby początek zamartwicy miejscowéj na początek zimy przypadał, na co prelegent odpowiada, iż dokładnie sobie przypomina, że jeden z 2 przypadków, który w praktyce prywatnéj obserwował, w lecie się rozpoczął.— Kol. Gluziński (starszy) opowiada, iż w lecie po doznanym urazie odnogi górnéj doznał objawów omawianego cierpienia, przyczém jednakowoż spostrzegł także połowicze zaczerwienienie twarzy. Objawy te po 3 dniach znikły same przez się. W ożywionéj dyskusyi brali udział jeszcze koll. Warschauer, Oettinger, Zarewicz i Korczyński, którzy to dwaj ostatni wszelkie podobieństwo z odmrożeniem w danym przypadku wykluczają.

6) Kol. Oettinger, jako przewodniczący Komisyi sprawozdawczéj do roczników Virchowa i Hirscha podnosi konieczną potrzebę reorganizacyi téjże Komisyi. W tym celu wypracował wnioski, które Komitet Tow. jednogłośnie przyjął. Wnioski te opiewają:

a) Każdy referat nosić będzie podpis sprawozdawcy.

b) Każda praca otrzyma oznaczoną według pewnéj miary zapłatę.

c) Zbieraniem i rozsyłką materyjału za pomocą kartek obejmujących każda dokładny tytuł jednego dzieła lub artykułu, mającego być zreferowanym, zajmuje się sekretarz Komisyi sprawozdawczéj.

d) Za każdą wyciągniętą, spisaną i rozesłaną pomiędzy współpracowników kartkę tytułową, wyznacza się zapłatę minimalną po 10 ct.

e) Za każdą drukowaną szpaltę referatu wyznacza się po 1 złr. zapłaty.

f) Komitet wyjedna dla Komisyi sprawozdawczéj oddzielne egzemplarze czasopism i dzieł potrzebnych.

g) Komisyja sprawozdawcza aż do ukończenia dorocznéj pracy zbiera się raz na miesiąc a według potrzeby i częściéj.

h) Przewodniczący Komisyi otrzyma takie honoraryjum, jakie wypadnie dla sekretarza.

i) Referenci winni dostarczać sprawozdań pisanych czytelnie i poprawną niemczyzną.

k) Komisyja z końcem roku zdaje sprawę w Komitecie Towarzystwa pod względem finansowym.

Wnioski te bez dyskusyi przyjęto.

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Mendelsburg, sekretarz.

VII. Paweł Ammann.

Studyjum historyczno-sądowolekarskie
napisał **L. Blumenstok.**

W r. 1659 zgasł w Rzymie w sędziwym wieku Paweł Zacchiasz, najznakomitszy przedstawiciel szkoły sądowolekarskiéj włoskiéj; zamyka on w ojczyźnie swojéj poczet autorów na czas długi, a ster nauki tak świetnie przez niego reprezentowanéj przechodzi w ręce Niemców. W tym samym roku, gdy Zacchiasz kończył ogromne swoje dzieło, we Wrocławiu przyszedł na świat Paweł Ammann, pierwszy autor sądowolekarski w Niemczech.

Przy innéj sposobności starałem się wykazać, że mylném jest zdanie Haesera, jakoby umiejętne opracowanie medycyny sądowéj było następstwem ogłoszenia ustawy karnéj Karola V. Zdanie to swoje zbija zresztą sam Haeser, przyznawszy, że pierwsze prace sądowolekarskie pochodzą od autorów włoskich. Tém bardziéj staje on w sprzeczności ze sobą, gdy następnie twierdzi, że „najwcześniejsze prace (sądowolekarskie) autorów niemieckich, jak np. Pawła Ammanna, profesora lipskiego, są zarówno małoznaczne jak prace kilku innych lekarzy wieku 17go“ (*Lehrb. d. Gesch. d. Medicin*, p. 883). Pod tym względem atoli H. posuwa się za daleko i staje się niesprawiedliwym. Że prac lekarzy w wieku 17ym lekceważyć nie można, wykazałem, pisząc o początkach próby płucnéj, która stanowi ważną epokę w historyi medycyny sądowéj, a któréj wprowadzenie w praktykę właśnie zawdzięczamy lekarzom niemieckim; Paweł Ammann zaś nie musiał być człowiekiem bez zdolności i zasług, skoro wielki Haller nazywa go *„acris ingenii homo et minime sui diffidens“* (*Biblioth. med. pract.* I, p. 91) a Mende zaszczyca go przydomkiem *„der Geistreiche*;“ prawnik zaś znakomity Thomasius (w przedmowie do dzieła Albertiego 1725) wychwala go, jako *„vir sinceri et aperti, sed paulo liberioris et ad satyricum stilum inclinantis animi et non exigui judicii.“* Z drugiéj strony Sprengel (*Versuch einer pragm. Gesch. d. Arzneykunde*, wyd. 3cie, IV., p. 5 i 6) wyraża się o nim nie zbyt pochlebnie. Widzimy więc, że zdania w każdym razie są podzielone i że warto zapoznać się z naszym autorem już w tym celu, aby bezstronnie ocenić jego zalety i wady i wyrobić sobie przekonanie, czy istotnie zajmuje wybitniejsze stanowisko w dziejach nauki naszéj lub czy zasługuje na lekceważenie, potępienie lub zapomnienie.

Przyznaję atoli, że od dłuższego czasu zajmując się studyjowaniem głównych dzieł Ammanna, nie powodowałem się tyle chęcią wyrwania autora z zapomnienia i oddania mu sprawiedliwości, ile inną, nierównie ważniejszą okolicznością. Śledząc rozwój nauki naszéj na podstawie źródeł dostrzegłem luki pomiędzy szkołą włoską a niemiecką; od Zacchiasza do Bohna, od którego zazwyczaj autorowie wywodzą początek medycyny sądowéj niemieckiéj, skok zdawał mi się zbyt wielkim; trudno mi téż było przypuścić, aby w Niemczech dopiero na samym schyłku 17go i na początku 18go wieku odszukać się dały pierwsze ślady medycyny sądowéj, a jakkolwiek wiadomo mi było już dawniéj z przedmowy Ammanna do wydanego przez niego w r. 1674 dzieła Fedelego, że w Niemczech nie było do owego czasu systematycznego dzieła o medycynie sądowéj i z tego właśnie powodu wydawca uznał za potrzebne zapoznać rodaków swoich z dziełem lekarza palermitańskiego, czyli jak mylnie go nazywa, florentyńskiego, — to przecież brak dzieła systematycznego nie dowodził jeszcze braku innych traktatów, mogących mieć większe znaczenie od zwykłego podręcznika. Otóż w pracach sądowolekarskich Ammanna samego znalazłem materjał wypełniający ową lukę; są one pomostem, stanowiącym przejście od medycyny sądowéj włoskiéj do niemieckiéj; co większa, prace te zawierają obfite ślady praktyki sądowolekarskiéj w Niemczech, począwszy od r. 1516, a więc jeszcze przed ogłoszeniem Karoliny, aż do r. 1686, a więc do wystąpienia Bohna. Czytającemu dzieła Amman-

na otwiera się szeroki widok nie tylko na ówczesne stanowisko nauk lekarskich, na zapatrywania ówczesnych lekarzy na ważne kwestyje naukowe, i na walki, które się toczyły między nimi, ale odsłania się obraz stósunków społecznych, moralnych, prawnych w Niemczech w ciągu wieku 16go i 17go, obraz wierny, bo oparty na aktach urzędowych, służących za tło do wyjaśnienia różnorodnych kwestyj sądowo-a po części i policyjno-lekarskich. Jakby różczką czarodziejską dotknięte stają przed nami cienie poważnych dziekanów i profesorów lipskich, Pistorów, Keglerów, Schiltelów, Stromerów v. Aurbach, Doeklerów, Lindemannów, Bayerów z wieku 16go, Michaelów, Ammannów, Rivinów, Langów, Welschów, Bohnów z 17go; widzimy ich, jak mając oddany sobie należny hołd, a co ważniejsza wręczone lub obiecane wynagrodzenie za trud podjąć się mający, zasiadają collegialiter nad aktami przesłanemi sobie już to przez osoby prywatne i przez obrońców, już też to przez grona rzemieślnicze, władze miejskie, polityczne i sądowe, cywilne a nawet i wojskowe, jak z powagą odpowiadającą ważności spraw wertują starodawne folijanty, rozpoczynając zazwyczaj od Hippokrata a nie gardząc i pracami uczonych późniejszych a nawet równoczesnych, jak w miarę możności lub potrzeby badają osobiście przybyłych chorych lub przesłane *corpora delicti*, a na podstawie wspólnéj narady wydają orzeczenie swoje, starannie tak pod względem przedmiotowym jako i stylistycznym opracowane według formularza ustalonego, stwierdzając je podpisami swemi i pieczęcią urzędową; a co najciekawsza, wszystkie te orzeczenia, nawet pochodzące z czasu, zanim Luter dokonał tłumaczenia biblii, spisane są w języku niemieckim! A orzeczenia te, tak ważne nie tylko pod względem sądowo- i ogólno-lekarskim, ale i pod względem oświaty ogólnéj, przechował i ogłosił z wielką starannością Paweł A m m a n n, a zasługa jego byłaby już niepospolita, gdyby był się ograniczył do uratowania od zagłady tak licznych pomników, dających żywe świadectwo o stósunkach różnorodnych w wieku 16ym i 17ym; ale uczynił on więcéj, bo nie przepuścił żadnego prawie orzeczenia bez krytyki, częstokroć ostréj i rubasznéj, piekącéj. Niektóre jego uwagi, szczególniéj uszczypliwe, przeszły do potomności, jak np. owo zdanie o wyroku wydanym w d. 13 lutego 1637 r. przez parlament w Grênoble, uznającym dziecko, urodzone przez kobietę w 4 lata po wydaleniu się męża, za prawowite, a to z powodu, że „*Mulier per fortem Imaginationem putaverit, se in Insomniis Rem habuisse cum Marito, atque sic concepisse;*“ W przypadku tym cenzura A m m a n n a opiewa: „*Ast crederem potius, Parlamenti Praesidem, vel alium Bonum Virum Rem habuisse cum hac Muliere*“ (*M e d i c i n a C r i t i c a p. 236*). Nadto ze zbiorów Ammanna przekonywamy się, że praktyka sądowolekarska w Niemczech wyprzedziła nietylko umiejętne opracowanie nauki ale nawet i ogłoszenie ustaw karnych, a że potrzeba zasiągania rady znawców bardzo wcześnie w Niemczech uczuć się dawała, wynika już ztąd, że nietylko władze ale i osoby prywatne wcześnie już udawały się po zdanie do wydziałów; najdawniejsze orzeczenie w zbiorach Ammanna nosi datę 22 lipca 1516 r., a nic nie stoi na przeszkodzie przypuszczeniu, że orzeczenie to w rzeczywistości wcale nie jest najdawniejszém, albowiem treść jego poucza nas, że rada i burmistrz pewnego miasta niemieckiego przesyłają do Wydziału człowieka, który w gminie uchodzi za trędowatego, z prośbą o zbadanie go i wydanie orzeczenia; władza miejska równocześnie załącza „należytość“ i spodziewa się otrzymać „orzeczenie wierzytelne z pieczęcią Wydziału“; Wydział zbadawszy owego obywatela wydaje swoje orzeczenie, korzystne dla badanego, już „w Niedzielę po Piotrze w okowach,“ a więc zaledwie po upływie dni 10. Cały ten akt robi wrażenie, że był aktem wówczas powszednim, a przynajmniéj nie rzadkim, że więc nietylko w 16ym, ale nawet już w 15ym wieku zwyczaj zasiągania zdania gron lekarskich był rozpowszechnionym. W każdym razie zwyczaj wyprzedził i pod tym względem przepisy rządowe, albowiem dopiero w wieku 17ym spotykamy się z rozporządzeniami, przyznającemi niektórym uniwersytetom prawo orzekania w kwestyjach sądowolekarskich (rządu heskiego z d. 10 czerwca 1616, rządu brandenburskiego z r. 1685). Że zaś po orzeczenia wydziałowe udawano się częstokroć wtedy, gdy poprzednio zasiągnięte zdania jednostek były sprzeczne ze sobą lub niedostateczne, więc jasną jest rzeczą, że wzywanie znawców poszczególnych musiało być również dawném, jeżeli nie dawniejszém od pierwszych orzeczeń wydziałowych. Tak więc dzieła Ammanna rzucają światło na ciemny dotychczas okres historyi medycyny sądowéj, a zarazem wyjaśniają różnorodne stosunki tak ogólne jak lekarskie i dlatego poznanie ich treści jest użyteczném nietylko dla specyjalisty, ale dla każdego lekarza, albowiem jeżeli pierwszemu przysporzy znajomości dokładnéj jednego z ogniw, składających się na dzieje medycyny sądowéj, to i dla lekarza szczegółowo nie zajmującego się tą nauką przecież nie może być obojętną wiedza o stanie oświaty ogólnéj w ciągu lat dwóchset, o ile on zarysowuje się na tle stosunków lekarskich. (C. d. n.)

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

□ F a ł s z o w a n i e w y r o b ó w c h e m i c z n y c h. Wiadomo, że winnik wymiotny służy nietylko w celach leczniczych, lecz jako barwik odgrywa wielką rolę w przemyśle. Francuskie fabryki sprzedają kilogram sproszkowanego emetyku po 5 franków i obniżyć téj ceny nie są w stanie; natomiast ten sam, a raczéj sprzedawany za ten sam, przetwór sprzedają niemieckie fabryki po 3 franki za kilogram. Izba syndykalna paryska na posiedzeniu 14 listopada orzekła na podstawie rozbioru chemicznego, że emetyk pochodzenia niemieckiego zawiera w sobie 41 do 46% kwasu szczawiowego (nie winowego, jakby być powinno). Pracownia chemiczna miejska potwierdziła wynik poprzedniego rozbioru, a wreszcie niemiecka *Chemiker Zeitung* przyznała zupełnie słuszność rozbiorom francuskim, wskazując fabryki saskie i würtemberskie jako winne fałszowania. Francuskie dzienniki zużytkowują z widoczném zadowoleniem ten fakt, i słusznie utrzymują, że niemieckie fałszowane produkty chemiczne zabijają z powodu niesumiennéj konkurencyi wyroby francuskie, i żadna uczciwa fabryka ostać się nie będzie mogła.

S t a t y s t y k a e p i d e m i j. W tygodniu od 23—29 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 32,4. Z ospy umarło 3 (1 z. t.); z odry 0 (2 z t.); z płonicy 4 (0 z. t.); z błonicy 2 (0 z. t.); z duru brzusznego 2 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 5 przypadkach ospy, 3 płonicy, 1 błonicy, 1 odry, 3 krztuśca. W tygodniu od 16—22 grudnia umarło z ospy w Budapeszcie, Warszawie, Rzymie, Walencyi po 1, w Wiedniu i Paryżu po 3, w Murcyi 4, w Nowym Orleanie 5, w Madrycie 7, w Maladze 31, w Pradze 42. Z duru osutkowego umarło w Walencyi i Murcyi po 1, w Madrycie 2, w Maladze 3. Odra złagodniała w Wiedniu i Amsterdamie, błonica utrzymuje się w Amsterdamie w jednakowém nasileniu. Z cholery umarło od 9—15 grudnia w Aleksandryi 4, w San Francisco od 24—30 listopada 1.

S t a t y s t y k a ś m i e r t e l n o ś c i. W tygodniu od 16—22 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,8; w Warszawie 25,3; w Poznaniu 35,1; w Wiedniu 24,1; w Budapeszcie 20,8; w Pradze 39,2; w Berlinie 20,9; w Hamburgu 21,8; w Gdańsku 27,3; w Monachowie 28,2;

w Dreźnie 26,5; w Lipsku 23,4; w Bazylei 27,8; w Brukseli 24,4; w Amsterdamie 30,9; w Paryżu 24,7; w Kopenhadze 20,2; w Chrystyjanii 22,2; w Petersburgu 29,6; w Odesie 38,1; w Rzymie 27,1; w Bukareszcie 29,4; w Madrycie 33,0; w Lizbonie 26,1; w Aleksandryi 36,8. *J. R.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 10 stycznia. Towarzystwo lekarskie odbyło wczoraj posiedzenie doroczne administracyjne. Na wniosek kol. Rydla zgromadzeni przez powstanie wyrazili ustępującemu prezesowi kol. Obalińskiemu podziękowanie za całoroczną pracę i dbałość o powodzenie Towarzystwa. Po zdaniu sprawy poszczególnych urzędników Towarzystwa nowowybrany prezes kol. Kwaśnicki zająwszy krzesło przewodniczącego wyluszczył w przemówieniu swém zapatrywanie swoje na cele i zadania Towarzystwa a przy téj sposobności przypomniał sprawę Zjazdu w roku bieżącym w Poznaniu odbyć się mającego. Wniosek kol. Mikulicza, aby protokóły posiedzeń Tow. prędzéj aniżeli dotychczas umieszczano w Przeglądzie Lek., odesłano do komitetu celem zdania sprawy z niego na przyszłém posiedzeniu. Kol. redaktor oznajmił, że komisyja redakcyjna na podstawie regulaminu swego uchwaliła zaprosić do składu swego jeszcze trzech członków, a mianowicie koll. Jordana, Kopffa i Murdzieńskiego. Wreszcie wybrano jednogłośnie członkiem koresp. Tow. Dra Kazimierza Krasuskiego, lekarza powiatu nowomińskiego w gubernii lubelskiéj.

* W spisie zmarłych w r. 1883, podanym w numerze przeszłym, nie umieściliśmy śp. Kośmińskiego. Zapomnieliśmy o najpracowitszym z kolegów, bo téż trudno przychodzi oswoić się z myślą, że go już nie ma między nami.

* Na przedstawienie komitetu gospodarczego Wydział krajowy zezwolił na utworzenie czytelni lekarskiéj w szpitalu św. Łazarza i wyznaczył na ten cel odpowiednią salę.

* Dr. Onufry Trembecki na własne żądanie uwolnionym został od obowiązków lekarza zakładu zdrojowego w Szczawnicy. W jego miejsce Zarząd Akademii Umiejętności zamianował Dra Władysława Ściborowskiego, od lat 20 tamże podczas pory zdrojowéj ku ogólnemu zadowoleniu praktykującego.

* Z Časop. lek. česk. dowiadujemy się, że nakładem *Gazety Lekarskiéj* w Warszawie wyjść ma niezadługo dzieło o chorobach serca Dra Widmanna we Lwowie i że się drukuje także dzieło psychijatryczne Dra Rothego, naczelnego lekarza szpitala św. Jana w Warszawie. (Patrz inserat w niniejszym Numerze).

* Otrzymaliśmy ozdobnie oprawiony 4ty tom *Index Catalogue of the Library of the Surgeon-General's Office. U. S. Army*, Washington, 1883, in 4to, str. 1033. Wiadomo, że wydawca tego ogromnego dzieła, odznaczającego się wielką dokładnością, ślicznym i poprawnym drukiem jest Dr. Billings, chirurg armii północno amerykańskiéj. W 4ch tomach dotychczasowych mieści się 35,431 nazwisk autorów, 41,483 tytułów osobnych książek oraz 149,737 tytułów rozpraw, umieszczonych w rozmaitych czasopismach. Uderzającą jest rzeczą, że autor podaje tytuły polskie bardzo poprawnie a co dziwniejsza, że w nawiasie umieszcza dokładne tłumaczenie angielskie znaczenia owych tytułów. Tom 4ty zawiera wyrazy od Eade aż do Fizes, a rozprawy umieszczone pod wyrazem Fever zajmują 300 stronnic, każda o dwóch szpaltach drobnego, ale nadzwyczaj pięknego i czytelnego druku! Prawdziwie podziwiać należy tę mrówczą pilność autora, bogactwo biblijoteki urzędu wojennego, a niemniej obfitość środków i hojność Amerykanów, skoro nietylko czasopismom i zakładom naukowym jak najregularniéj przesyłają bezpłatne egzemplarze tego wspaniałego wydawnictwa, ale nawet portoryjum opłacają.

* Dzieło zbiorowe Maschki wychodzi obecnie w tłumaczeniu włoskiém, nakładem Mikołaja Jovena w Neapolu.

* **Monachijum.** Książę bawarski Ludwik Ferdynand otrzymał temi dniami dyplom doktora medycyny *honoris causa* za napisanie dzieła o anatomii porównawczéj języka. Rektor uniwersytetu Pettenkofer wręczył dyplom księciu w sposób uroczysty po stosownéj przemowie, przyczém obecna była i małżonka księcia, siostra króla hiszpańskiego Alfonsa. Oprócz ks. Ludwika Ferdynanda posiada dyplom doktora medycyny i ks. Karol Teodor bawarski, brat Cesarzowéj austryjackiéj, znany z prac swoich naukowych oraz z gorliwości, z którą oddaje się na usługi cierpiących, zwłaszcza biednych.

□ **Paryż**. Na posiedzeniu Towarzystwa bijologicznego, odbytém 22 grudnia, mówił Dr. Gałęzowski o pomyślnych wynikach leczenia bezładu mięśniowego i zaniku nerwu wzrokowego sinkiem złota i potasu. Na poparcie swych słów mówca przedstawił chorą, która cierpiała na objawy bezładu mięśniowego (*ataxia locomotrix*); wzrok jéj był tak upośledzony, że zupełnie nie mogła czytać, pole widzenia było bardzo ścieśnione, a wziernik wykazywał zanik nerwu wzrokowego; Dr. Gałęzowski wstrzykiwał téj choréj w ciągu trzech miesięcy po 0,005 sinku złota codziennie i wyleczył ją z nadzwyczaj dotkliwych bólów opasujących; zanik nerwu wzrokowego rozumie się nie ustąpił; lecz pole widzenia rozszerzyło się znacznie. Prelegent wspomniał o 5 przypadkach obecnie leczonych sinkiem złota; polepszenie u wszystkich chorych zostało stwierdzone, lecz kuracyja jeszcze jest w toku, i ostateczne orzeczenie o jéj skuteczności należy odłożyć na późniéj. — Na témże posiedzeniu Dr. Dubois mówił w zastępstwie prof. Berta o nowym sposobie znieczulenia chirurgicznego za pomocą miareczkowanéj mięszaniny powietrza i chloroformu. Sposób ten został już wypróbowany w klinice prof. Péana z zupełném powodzeniem. Bert już dawniéj udowodnił, że niewielką ilością chloroformu można zabić zwierzę wielkich rozmiarów, jeśli chloroform nie jest zmięszany z wielką ilością powietrza, tak że stosunek 25,0 na 100 litrów powietrza jest jeszcze zabójczy. Natomiast 10,0 chloroformu na 100 litrów powietrza wywołuje u psa przeszło godzinę trwające znieczulenie zupełne bez żadnych złych następstw dla organizmu zwierzęcia. Sposób ten ma te korzyści, że zużywa mniéj chloroformu, że jest nieszkodliwy dla organizmu, że chorzy chętnie poddają się znieczuleniu, niedoświadczając przykrego uczucia duszenia w piersiach. Mięszaninę gazową umieszcza się w gazometrze, chory ją wdycha przez rurę kauczukową na swym wolnym końcu zastosowaną do przykładania do ust. (*Le Progrès médical*, Nr. 52).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Docent prywatny Dr. Sonnenburg mianowany został nadzw. profesorem a docent prywatny Dr. Glück otrzymał tytuł profesora. — **Zurych.** W miejsce Huguenina powołany został prof. Eichhorst z Gietyngi. — **Praga.** Wydział lek. niemiecki przedstawił docenta Dra Kischa na prof. nadzw. balneologii. Prof. okulistyki Hasner prosił stanowczo o uwolnienie od obowiązków profesora. W Wydziale lekarskim czeskim potwierdzeni zostali jako docenci prywatni Drowie Karol Schwing (położnictwa i ginekologii), J. Michl (chirurgii) i Józef Thomayer (chorób wewnętrznych). — **Pawia.** Katedrę medycyny sądowéj po Tamassim, przeniesionym do Padwy, objął Dr. Pellacani, dotychczasowy docent tegoż przedmiotu w Turynie. — **Halla.** Prof. Volkmann mianowany został jeneralnym lekarzem 1 kl. a docent prywatny Dr. Pott prof. nadzw.

* **Wiadomości osobowe.** Przeniesieni zostali do obrony krajowéj starsi lekarze w rezerwie Drowie Włodzimierz Hrycykiewicz, prof. Józef Łazarski, prof. Jan Horbaczewski, Emanuel Rosenblatt i Edward Witkowski oraz lekarz asystent w rezerwie Dr. Lucyjan Jakobi.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 1: Neugebauera: Dalszy przyczynek do nauki o pośrodkowém zeszyciu pochwy, jako środku do wyleczenia wypadnięcia macicy; Sokołowskiego: Przypadek zawału krwotocznego w płucu z przebiegiem gorączkowym. — W *Medycynie* Nr. 1: Meyersona: O wprowadzaniu świeczek do trąbki Eustachiusza w nieżytach ucha średniego.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Freiherr v. PFUNGEN: Analyse der psych. Erkrankungen u. d. psych. Herdsymptome nach Störungen d. Associationen. (Osobne odbicie z *W. med. Bl.* 1883), in 8vo str. 27.

Dra FŁUSZCZEWSKIEGO: K patołogiczeskoj Anatomii proizwolnych myszie skieleta i diafragmy pri tifach. Petersburg 1883.

Dr. TRYNITATSKIEGO: Strojenije i proischożdienije pieszczanych tieł w nowoobrazowanijach. Petersburg 1883.

Dr. DEREWJANKI: K woprosu o rezekcii kolennaho sustawa pri chroniczeskich fungoznych wospalenijach jeho. Petersburg 1883.

Dr. TROICKIEGO: Matierijały k uczeniju ob epidemiczeskom periparotitie. Petersburg 1883.

Dr. ANDRIEJEWSKIEGO: O sposobach izsledowanija prodażkaho i razbawlennaho wodoju mołoka. Petersburg 1883.

Dr. ROZENBACHA: Owlijanii gołodanija na nierwnyje centry. Petersburg 1883.

Piśmiennictwo lekarskie. RAMONÈDE. Le cancer peritonéo-vaginale etranglée chez l'adulte. Av. 2 pl. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. $2^1/_2$.

RIBOT Th. Les maladies de la volonté. 18. Paris, Germer Baillière et Co. Fr. $2^1/_2$.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla